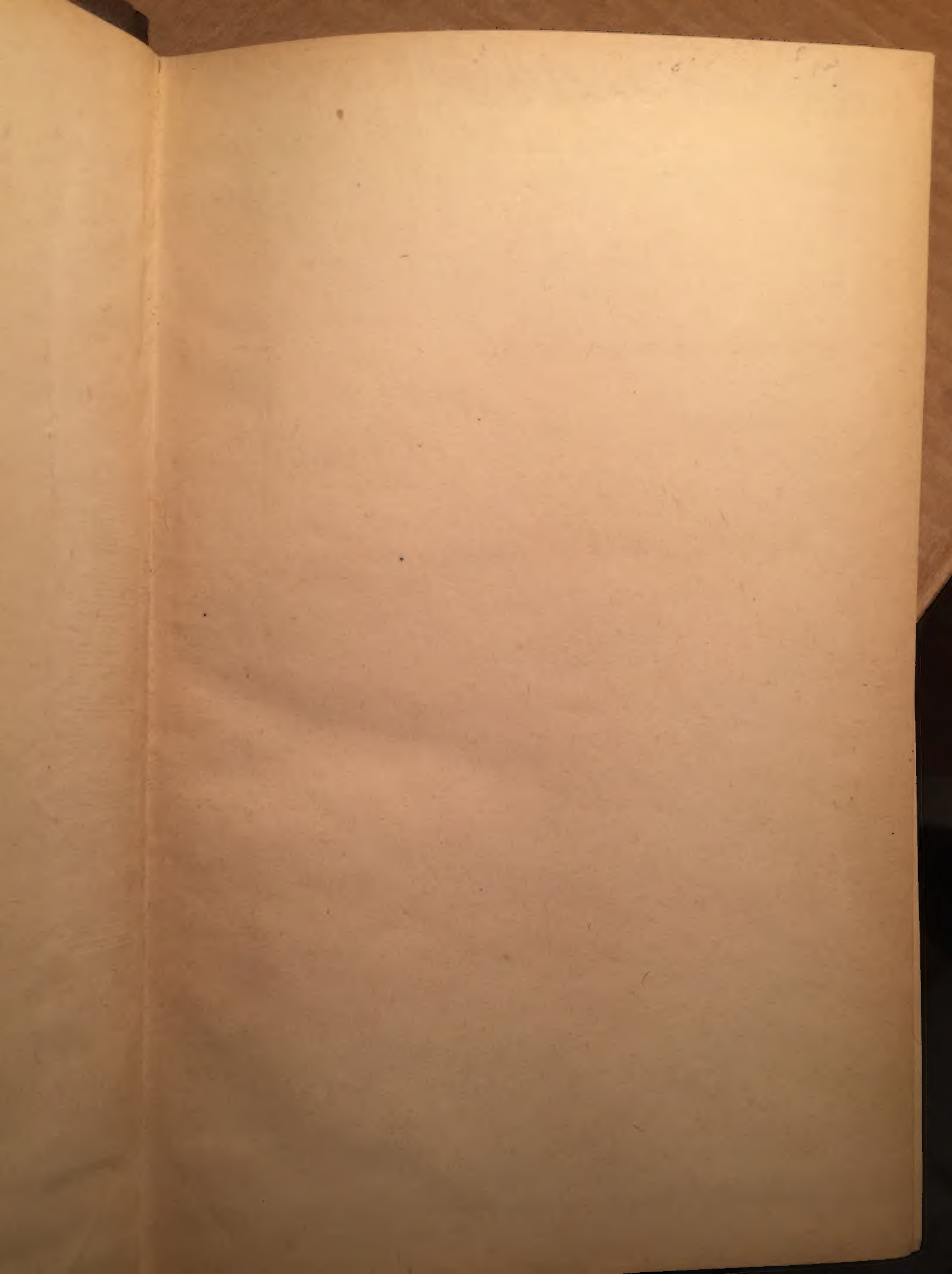


Библиотека
ПРАКТИЧЕСКОГО
ВРАЧА

И. Ф. Жордания

ПРАКТИЧЕСКАЯ
ГИНЕКОЛОГИЯ

Медгиз-1955



Списокъ
Докл.

ПРАК
ГИНЕ

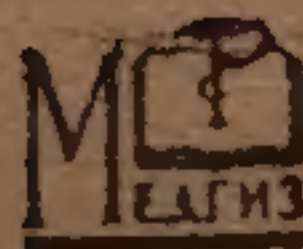
(Изъ)

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Проф. И. Ф. ЖОРДАНИЯ

ПРАКТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

(Избранные главы)



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1955 — МОСКВА

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава I. Методика исследования гинекологической больной	7
Глава II. Воспалительные заболевания женских половых органов	80
Глава III. Ранняя диагностика рака матки. Организация борьбы со злокачественными новообразованиями женских половых органов	163
Глава IV. Неотложная помощь при заболеваниях женских половых органов	184

Жордания Иосиф Федорович
ПРАКТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Редактор А. В. Ланковиц

Техн. редактор Ю. С. Бельчикова

Корректор Т. В. Малышева

Сдано в набор 23/XI 1954 г. Подписано к печати 10/III 1955 г.
Формат бумаги $84 \times 108/32 = 3,70$ бум. л. 12,10 печ. л. 12,90 уч.-изд. л.
Тираж 50 000 экз. Т02224. МБ-56.

Медгиз, Москва, Петровка, 12

Заказ 683. 1-я типография Государственного медицинского
издательства, Москва, Ногатинское шоссе, д. 1
Цена 6 р. 45 к. Переплет 1 р. 25 к.

ВВЕДЕНИЕ

3
7
80
163
184

Несмотря на широкое развитие лечебно-профилактической помощи населению вплоть до самых отдаленных уголков нашей необъятной родины, рост кадров врачей и специализацию медицинской помощи, в повседневной лечебной работе встречаются больные, у которых врачи так называемой общей практики или врачи, специализировавшиеся в области внутренних болезней, хирургии, урологии и других клинических дисциплин, вынуждены исследовать половую сферу, поставить диагноз, назначить и провести соответствующее лечение. Нередко для правильной диагностики того или иного заболевания периферической или центральной нервной системы настоятельно необходимо выяснить функциональную деятельность половой сферы больной. Нельзя забывать, что узколокалистический подход к патологическим процессам в любом участке человеческого организма не дает возможности составить правильное представление об этиологии и патогенезе изучаемого процесса и, следовательно, организовать правильное лечение и проводить научно обоснованные профилактические мероприятия.

Неотложное требование при исследовании больной — изучить весь ее организм в его неразрывной связи с внешней средой и затем уже перейти к изучению явлений локального порядка — вытекает из павловского понимания целостности животного организма. «Животный организм, — писал И. П. Павлов, — представляет крайне сложную систему, состоящую из почти бесконечного ряда частей, связанных как друг с другом, так и в виде единого комплекса с окружающей природой»¹. Эту целостность организма И. П. Павлов понимал в тройном смысле².

¹ И. П. Павлов. Полное собрание трудов, т. II, стр. 452.

² А. Г. Иванов-Смоленский. Научная сессия, посвященная проблемам физиологического учения акад. И. П. Павлова, Академия наук СССР, 1950, стр. 56.

Во-первых, организм как целое в смысле взаимосвязанности всех его частей и их функций, в смысле функционирующей как единое целое системы, но притом системы, постоянно и непрерывно взаимодействующей с внешней средой в процессе подвижного, текучего, непрестанно колеблющегося, изменчивого уравнивания организма в окружающем мире.

Во-вторых, организм как целое в смысле достигаемой главным образом через нервную систему функциональной объединенности его внешней и внутренней жизнедеятельности, т. е. деятельности, связывающей его с условиями внешней среды, и деятельности, происходящей во внутренней среде организма.

И, наконец, в-третьих, организм как целое в смысле единства психического и соматического.

Если сильно действующий раздражитель в результате встречи с ограниченным участком организма вызвал первичное непосредственное повреждение этого участка, то, благодаря центростремительной нервной импульсации, исходящей отсюда, центральная нервная система «информируется» об этом, и уже по одному этому пространственно ограниченное повреждение сразу же перестает быть в строгом смысле слова «местным».

Отсюда можно заключить, что каждый пространственно ограниченный патологический процесс в своей основе — процесс общий, генерализованный. Генерализация эта осуществляется главным образом нервной системой. Но в то же время сама нервная система, благодаря своей компенсаторной способности, ограничивает функциональные нарушения, локализует процесс. Именно поэтому «местный» процесс по своему существу является локализованным выражением общего процесса (М. Г. Дурмишьян).

Такое понимание местного процесса и его взаимосвязи с целостным организмом было высказано одним из основоположников отечественной гинекологии В. Ф. Снегиревым еще в 1903 г. в речи на I съезде Общества российских акушеров и гинекологов. Этой точки зрения придерживались в дальнейшем наиболее видные представители медицины. Ныне она стала господствующей.

Предлагаемая вниманию читателя книга имеет цель в тех случаях, когда нет возможности обратиться за консультацией к специалисту-гинекологу, помочь врачу

разобраться в основных патологических процессах в половой сфере больной.

Мы далеки от мысли изложить здесь хотя бы и кратко весь комплекс явлений, изучаемых гинекологией. Наш личный опыт и опыт многочисленных товарищей и сотрудников показали, что наибольшее значение в тех случаях, о которых мы говорим, имеют главы гинекологии, посвященные воспалительным процессам, ранней диагностике рака матки и организации борьбы со злокачественными новообразованиями. Мы не должны также забывать о необходимости помочь врачу, не специалисту-гинекологу, при необходимости оказать неотложную помощь в тех случаях, когда больной грозят тяжелые осложнения или даже смерть. Сюда относится внематочная беременность, наблюдающаяся у подавляющего большинства больных женщин с «острым животом», нуждающихся в неотложной помощи, хотя принципиально это заболевание относится к разделу акушерства, а также перекручивание ножки опухоли яичника, перитонит, гнойники в малом тазу, маточные кровотечения, повреждения половых органов. Во всех этих случаях быстрое и точное распознавание и принятие лечебных или организационных мер спасают больную. Вот почему мы сочли полезным посвятить специальную главу вопросам оказания неотложной помощи при заболеваниях половых органов женщины.

Мы воздерживаемся от подробного описания техники соответствующих оперативных пособий. Врач, не умеющий оперировать, не возьмется за чревосечение даже при самом подробном описании техники его. Врач же, владеющий хирургической техникой, найдет соответствующие описания и иллюстрационный материал в руководствах по оперативной гинекологии. Мы даем более подробное описание лишь некоторых хирургических вмешательств из области малой гинекологии, имеющих известное лечебно-диагностическое значение, так как их должен уметь производить каждый практический врач. Всем трем частным главам предпослана общая глава, посвященная методике исследования гинекологической больной. Встречающиеся кое-где неизбежные в подобной книге незначительные повторения, по нашему мнению, не только не нарушают общей архитектоники ее, но во многих случаях способствуют созданию у читателя, не специалиста-гинеколога, более цельного представления о разбираемом вопросе.

Помещенные рисунки частью оригинальные, частью заимствованы из руководств И. Л. Брауде и А. И. Сереброва.

Автор будет глубоко удовлетворен, если предлагаемая книга облегчит практическому врачу постановку диагноза и проведение правильного лечения, восполнит в известной мере его теоретические сведения в той области медицины, в которой за последнее время трудами преимущественно наших советских ученых достигнуты существенные успехи.

Читателей, заинтересовавшихся теми или иными проблемами гинекологии и пожелавших изучить их более подробно, мы отсылаем к соответствующим руководствам и монографиям.

За все критические замечания и советы автор будет искренне признателен своим читателям.

Москва, 15 мая 1953 г.

Проф. И. Ж о р д а н и а

МЕД
ГИНЕ
Диагноз, д
основной целью
познание болезн
го процесса, ко
мышление, — п
собно давать
складывается
следовательно
относительны
Теория и
мышлению п
во-первых, о
проявлений
заключение
страктоного
И, наконец
ного диагно
ного наблю
появления
ных рань
поставлен
гнозом бо
Всякий
последова
И потому
го мышле
зять и то
чи с вре
ганизм и
В. И

Глава I

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ

Диагноз, диагностическое мышление, имеет своей основной целью познание истины, т. е. в конкретном случае познание болезни, познание сущности того патологического процесса, которым поражен человек «... человеческое мышление, — писал В. И. Ленин, — по природе своей способно давать и дает нам абсолютную истину, которая складывается из суммы относительных истин»¹. Задача, следовательно, сводится к максимальному познанию этих относительных истин.

Теория познания в применении к диагностическому мышлению проходит следующие основные стадии. Это, во-первых, обнаружение всех субъективных и объективных проявлений конкретного заболевания. Это, во-вторых, заключение о конкретном диагнозе заболевания путем абстрактного мышления на основании полученных данных. И, наконец, в-третьих, проверка правильности поставленного диагноза на практике путем дальнейшего тщательного наблюдения за больной, учета и правильной оценки появления новых симптомов и исчезновения обнаруженных раньше, а также успешности лечения, основанного на поставленном диагнозе. С. П. Боткин называл это «диагнозом больного».

Всякий патологический процесс представляет собой последовательное развитие определенных состояний и фаз. И потому логическая последовательность диагностического мышления должна быть историчной; она должна отобразить и тот путь, который прошел процесс от первой встречи с вредностью до того момента, когда пораженный организм исследуется врачом, и тот путь, который прошел

¹ В. И. Ленин, Соч., изд. 4-е, т. 14, стр. 122.

организм как целое до первой встречи с указанной вредностью.

Врач не всегда ясно представляет себе тот путь, по которому движется его диагностическое мышление. Но это не означает, что конкретное мышление врача идет по каким-то особым путям. Если же врач хорошо ориентирован в вопросах законов познания, законов мышления, то процесс диагностического мышления идет более организованно, более действенно и, следовательно, врач наиболее приближается к познанию абсолютной истины, к познанию истинного диагноза заболевания.

Если в отношении понимания значения так называемых объективных симптомов в общей картине болезни обычно не встречается больших разногласий (они выступают в третьей стадии познания — в конкретном случае у постели больной), то в отношении оценки субъективных симптомов врачи нередко допускают известного рода невнимание, недооценку, что сказывается на правильности диагностики.

Как следует понимать субъективные симптомы болезни? Это прежде всего ощущения больного, зависящие от имеющегося патологического процесса, от его развития. Наши диагностические исследования не всегда дают возможность найти «объективно» доказуемую причину их появления, будь то локальное образование морфологического субстрата болезни, будь то центральное нарушение физиологического функционирования органа или системы органов. Но это не значит, что такой причины не существует: патологические раздражители вызывают через внутренние рецепторы нарушения в функциональном состоянии коры больших полушарий головного мозга и, вступая во вторую сигнальную систему, выявляются в виде рассказов больной о ее ощущениях. А. А. Ухтомский был прав, утверждая, что субъективные показатели столь же объективны, как и всякие другие, для того, кто умеет их понимать и расшифровывать.

Используя богатое наследие великих корифеев отечественной науки — И. М. Сеченова, С. П. Боткина и И. П. Павлова, создавших стройное материалистическое учение о целостности организма и роли нервной системы в его жизнедеятельности как в норме, так и в патологии, каждый врач может стать хорошим диагностом. Он должен постоянно и настойчиво стремиться к этому путем непре-

рывного самосовершенствования. И здесь ему окажет неоценимую услугу знание основ марксизма-ленинизма. Нередко врач, находясь под впечатлением многочисленных инструментальных методов исследования и полученных при этом результатов, начинает мыслить механически. Больная как целостный организм уходит из поля его внимания. Врач видит у нее только «малый таз», а ее субъективные жалобы, особенности ее личности, ее общая реакция на болезнь отодвигаются на задний план. При этих условиях достоверность диагноза и, следовательно, вытекающая из него схема лечения становятся сомнительными и нередко малоэффективными.

Точно так же стремление установить при постановке диагноза в каждом конкретном случае заболевания наличие в первую очередь того или иного симптомокомплекса приводит к вредной схематизации и к склонности ставить диагнозы на основании сходства сочетаний симптомов, т. е. к самому примитивному методу диагностики (Г. Ф. Ланг).

Все сказанное относится к распознаванию любого заболевания. Эти же положения полностью сохраняют свою силу и в области гинекологии, выдающиеся представители которой (К. Ф. Славянский, В. Ф. Снегирев, Д. О. Отт, В. С. Груздев, А. П. Губарев и многие другие) внесли весьма существенный вклад в развитие не только гинекологической диагностики, но и диагностики вообще.

Гинекологическое исследование, т. е. исследование мочеполовой сферы женщины, как и исследование всяких других органов и систем, складывается из расспроса, осмотра, ощупывания, выслушивания, выстукивания, инструментального исследования и специальных методов исследования.

А. Исследование больной методом расспроса

При опросе гинекологической больной врач всегда должен помнить, что некоторые из задаваемых им вопросов носят интимный характер. Поэтому исследуемая нередко из стыдливости обходит их, несмотря на то, что, может быть, именно они и заставили ее искать врачебной помощи.

В процессе собирания анамнеза врач получает возможность вступить в беседу с больной и установить с

ней тот контакт, который позволяет ему добиться откровенного и правдивого ответа на ряд интимных вопросов, могущих иметь важное значение для распознавания заболевания. Все это требует от врача большого такта и высокой культуры.

Внешний вид и спокойное поведение врача, сочувственное и внимательное отношение к больной, умение внушить, что он стремится оказать ей помощь, терпеливое выслушивание ее жалоб и заявлений, умение тактично направить рассказ в необходимое русло — неременные условия, которых следует придерживаться в течение всей беседы врача с больной. Незачем напоминать, что так называемая профессиональная любезность, выражающаяся в деланно ласковом, слащавом тоне («голубушка», «деточка» и т. п.), отдает пошлостью и поэтому не должна применяться при врачебном осмотре больной, тем более что она никогда не достигает цели.

Для того чтобы анамнез был собран с достаточной полнотой, необходимо придерживаться определенного плана. Один из вариантов такого плана, которым мы обычно пользуемся, приведен ниже. Он охватывает прежде всего данные об общем состоянии больной, рассказ о развитии ее, об условиях труда и быта, о перенесенных заболеваниях, а затем переходит на исследование основных функций полового аппарата женщины: менструальной, секреторной, половой, детородной. Кроме того, следует выявить функции соседних с половыми органов, имея в виду тесную функциональную связь между ними. Опрос должен производиться в определенной последовательности. Исключение может быть сделано лишь в тех случаях, когда больная проявляет особую стеснительность. Тогда можно временно пропустить некоторые, наиболее интимные вопросы, например, связанные с половой жизнью, с тем, чтобы в дальнейшем, найдя удобный момент, вернуться к ним. Во всех остальных случаях следует строго придерживаться принятой схемы и не приступать к исследованию до тех пор, пока анамнез не будет полностью собран.

Начинать собирание анамнеза следует с жалоб больной, чтобы врач мог определить, что в состоянии больной является для нее наиболее тяжелым или неприятным, и в дальнейшем сосредоточить свое внимание на этих явлениях (см. выше — о значении субъективных

симптомов). При этом врач обращает внимание не только на факты, сообщаемые опрашиваемой им больной, но и на то, как эти факты сообщаются ею: апатия, оживление, мимика (страдания, тревоги, радости и т. п.), жесты, вегетативные явления (например, появление во время рассказа на коже лица и груди красных пятен, потоотделение и пр.), дрожание пальцев и т. д.

Жалобы больной

Первое знакомство врача с больной должно начинаться с выяснения вопроса о том, что привело ее к врачу, другими словами, — к выяснению жалоб. Опрашивая больную о ее жалобах, врач уточняет их, обращая особое внимание на историю развития заболевания, которое побудило ее искать врачебной помощи: когда она заметила первое проявление болезни, чем объясняет и с чем связывает ее возникновение, лечилась ли (систематически, время от времени), с какими результатами и т. п.

В тех случаях, когда больная обращается к врачу-специалисту в гинекологическую поликлинику, в женскую консультацию или в акушерско-гинекологический стационар, выяснение жалоб лучше отнести на самый конец расспроса, когда врач успел уже познакомиться с функцией органов и систем, входящих в понятие половой сферы женщины. В это время он в состоянии не только лучше оценить значение жалоб, предъявляемых больной, но и дополнить эту часть расспроса. Например, из расспроса видно, что больная в течение многих лет половой жизни ни разу не была беременна, однако она не жалуется на бесплодие, к врачу же она обратилась по какому-нибудь другому поводу. Дополнительно же заданным вопросом может быть установлено, что бесплодный брак серьезно беспокоит больную, но она не рассчитывает на возможность эффективной медицинской помощи в этом направлении.

Жалобы, предъявляемые гинекологическими больными, не очень многочисленны. Они связаны как с симптомами собственно гинекологических заболеваний, так и с проявлением сопутствующих внеполовых расстройств. Эти жалобы, при всем их разнообразии, могут быть сведены к следующему: 1. Патологическая секреция из влагалища (бели). 2. Боли в нижней части живота, в крестце с иррадиацией в ноги или без этого; при половых сношениях в преддверии влагалища или в самой его глубине. 3. Бесплодие первичное или вторичное, привычные выкидыши. 4. Расстройства менструального цикла. 5. Кровотечения (метрорра-

гия). 6. Чувство опущения или выпадения внутренних половых органов. 7. Различные расстройства половой жизни: невозможность иметь половые сношения, половая холодность, неудовлетворенность, болезненность полового акта и т. п. 8. Расстройства мочеиспускания и дефекации. 9. Прощупывание самой больной затвердения (опухоли) в области наружных половых органов, во влагалище или в брюшной полости. 10. Прочие жалобы, например, внезапные приливы крови к лицу, сердцебиение, потение, общая слабость и т. п., которые, может быть, непосредственно и не связаны с половой сферой, но, по мнению больной, зависят от «непорядков» в ней, или же она или наблюдающий ее врач считают необходимым для их объяснения исключить заболевание органов половой сферы.

В большинстве случаев больная предъявляет несколько жалоб. Это связано с тем, что большинство гинекологических заболеваний, как и заболеваний вообще, проявляется не одним, а несколькими симптомами.

Может возникнуть вопрос: возможно ли в условиях поликлинической работы практического врача достаточно подробно собрать и записать в «поликлинические карточки» весь анамнез. Надо сказать, что врач, научившийся систематически и полно собирать анамнез, постепенно приучается к сжатым формулировкам без ущерба для глубины содержания. Поэтому он может научиться укладываться в отведенное ему для амбулаторного приема время.

Общие сведения о больной

Возраст и место рождения. После ознакомления с фамилией, именем, отчеством, возрастом больной и другими паспортными сведениями, выясняют местность, где больная родилась и где происходило ее развитие.

Каждому возрасту женщины соответствуют своеобразные анатомические и физиологические особенности ее развития и, в частности, развития ее половой сферы. В связи с этим одно и то же состояние для одного возраста является физиологическим, а для другого оказывается патологическим. Например, комбинация аменор-

реи с гипопластическим состоянием половых органов является физиологической в детстве, в периоде постепенного увядания организма (menopausa) и в старости (senium), но она является патологической в периоде полового расцвета у не кормящей грудью женщины.

В каждом возрасте встречается преимущественно определенная группа заболеваний. Например, воспалительные заболевания внутренних половых органов проявляются чаще всего в детородном возрасте, фибромиома матки — в возрасте 40 лет и близком к климактерическому периоду, рак тела матки — в периоде постепенного увядания организма и т. п.

Некоторые заболевания протекают в разных возрастах не только различно, но нередко требуют иной лечебной помощи. Например, при интерстициальной фибромиоме матки в климактерическом возрасте часто имеет место сильное кровотечение, в то время как в периоде постепенного увядания организма и в старости не только отсутствует кровотечение, но и сама опухоль, атрофируясь, постепенно уменьшается в объеме, что делает подчас излишним лечение таких больных; они подлежат лишь тщательному диспансерному наблюдению.

Знать возраст больной необходимо и для того, чтобы в дальнейшем при ее исследовании правильно оценить соответствие общего состояния и вида больной ее возрасту, что иногда имеет немаловажное значение для установления правильного диагноза и прогноза.

Большое значение имеет выяснение места рождения и особенно места развития больной. Эти сведения необходимы для правильной оценки периода полового созревания, так как в зависимости от географической широты, климатических особенностей и пр. отмечаются некоторые особенности в характеристике полового созревания.

Условия труда, быта. Нередко причины основных жалоб больной кроются в особенностях ее быта. Следует выяснить детально профессию, условия труда: сколько лет работает больная в данной профессии, производится работа в сидячем или стоячем положении, достаточно ли она отдыхает после работы, объем домашней работы. Так, работа стоя или работа, требующая длительного вынужденного положения туловища, является нередко причиной болей в пояснице, крестце

и т. п. Сидячая работа, например, работа на ножной швейной машине, вызывает прилив крови к органам малого таза, что может быть причиной усиления менструальных кровотечений (меноррагии). Нельзя ограничиться малоговорящим ответом вроде: «рабочая», «служащая», «домашняя хозяйка» и т. п., так как у каждой из этих категорий трудящихся могут быть совершенно разные условия труда.

Для правильной оценки выявленных симптомов большое значение имеют условия питания. Опыт больших войн показывает, что в тех местностях, где население в силу военных обстоятельств бывает вынуждено плохо питаться, часто наблюдаются патологические сдвиги в половой сфере женщины. Но и слишком обильное питание наносит женщине не меньший вред.

Перенесенные заболевания. Чрезвычайно важно осведомиться о заболеваниях, ранее перенесенных больной, как общих, экстрагенитальных, так и местных, гинекологических. Особое внимание должно быть уделено так называемым общим заболеваниям, в первую очередь детским инфекциям. Корь, дифтерия, скарлатина, вследствие высокой токсичности, нередко являются причиной задержки развития половых органов в связи с вызываемым ими поражением коркового слоя яичников. Задержка развития половых органов может быть обусловлена и другими инфекционными заболеваниями, отличающимися длительным лечением и высокой токсичностью, например, тифами, малярией и др. Особое внимание должно уделяться выявлению туберкулеза легких, костей и т. п. У женщин, перенесших в детстве эти заболевания, в дальнейшем нередко обнаруживаются симптомы, свидетельствующие о неблагополучии в половом аппарате (расстройства менструального цикла, бесплодие и т. п.).

Неблагоприятное влияние на состояние половых органов женщин (расстройства менструального цикла, бесплодие, бели, в некоторых случаях атрофические процессы в половых органах) оказывают также заболевания сердечно-сосудистой системы, особенно пороки сердца, гипертоническая болезнь, эмфизема легких и др.

Не меньшее значение имеет выявление перенесенных гинекологических заболеваний, их характер, время возникновения, развитие, проводившееся лечение, его ре-

зультаты и т. п. Следует иметь в виду, что гинекологические заболевания различной этиологии встречаются у женщин во всех возрастах — от периода новорожденности и до старости.

Известное значение имеет и ознакомление с наследственностью больной. При этом надо сразу же разъяснить, особенно тем больным, которые сокрушенно сообщают о тяжелых болезнях родителей и других ближайших родственников, что наследственных болезней не существует, но возможна передача по наследству таких свойств организма, которые могут быть основой для развития заболевания. Возникновение же самой болезни не предопределяется наследственностью, а для этого нужны еще особо неблагоприятные условия среды.

Сведения о состоянии половых и соседних с ними органов

Собрав сведения общего характера, врач переходит к ознакомлению с функциональной деятельностью половых и соседних с ними органов. Это ознакомление начинается с изучения менструальной функции больной.

Менструальная функция. Организм женщины реагирует изменением менструальной функции на многие патологические процессы, особенно на происходящие в половых органах. Поэтому правильность менструаций является довольно верным показателем хорошего состояния здоровья женщины, и, наоборот, многие заболевания сопровождаются теми или иными нарушениями в течении менструации. Поэтому эта часть анамнеза должна быть собрана с особенной полнотой и вдумчивостью, а добытые при этом сведения — оценены с особым вниманием.

Первые менструальные кровотечения (menarche) и их характер. Ознакомление с менструальной функцией больной начинается с опроса о первых менструациях и обо всем, обычно непродолжительном, переходном периоде от детства к половой зрелости (pubertas). Этот первый в жизни женщины переходный период характеризуется нервно-эндокринной неустойчивостью и напоминает то состояние, которое будет наблюдаться в дальнейшем, в периоде постепен-

ного угасания половой функции — втором переходном, или климактерическом¹, периоде.

Указания больной о времени появления у нее первых менструаций должны быть оценены в тесной связи с местом ее рождения и развития. Внешний признак наступившей половой зрелости — первые менструации — появляется в средней полосе Советского Союза обычно в возрасте 14—15 лет, на юге — в 11—13 лет, на севере — в 16—17 лет. Однако полная зрелость организма женщины наступает позднее — не ранее 18—20 лет. Поэтому, получив сведения о том, что менструации начались у больной, например, в 13-летнем возрасте, следует учесть, что для девочки, родившейся и развивавшейся в средней полосе СССР, это признак своевременного, для южанки — запоздалого, а для северянки — раннего полового созревания. При этом у девочки, родившейся на севере, но развивавшейся в средней полосе, менструации начинаются обычно в том же возрасте, что и у ее сверстниц, родившихся и развивавшихся в средней полосе.

На срок появления первых менструаций весьма существенное влияние оказывает также недостаточное питание и тяжелый физический труд, тормозящие наступление половой зрелости. Однако эти обстоятельства, весьма существенные для капиталистических стран, потеряли у нас значение в связи с улучшающимся все время материальным положением населения и с широко проводимыми правовыми и профилактическими мероприятиями, в частности, с запрещением использовать детский труд на производстве.

Узнав дату появления первых менструаций, следует выяснить, сразу ли они установились или же они вначале «путались» и в течение какого времени, не были ли они очень обильными или, наоборот, скудными и не сопровождались ли болями или расстройством общего состояния (субфебрильной температурой, дерматозами, головной болью, болями в нижней части живота и в крестце, обмороками, недомоганием, тошнотой и т. п.). Все эти отклонения от нормы могут иметь известное значение для оценки состояния половых органов и их функции в момент обследования.

¹ Климактерий от латинского слова *climax*, означающего «переход», или «лестница».

Менструальная функция в период половой зрелости. Должны быть выяснены следующие моменты. 1) Тип менструаций и когда он установился, через сколько времени после menarche. 2) Продолжительность менструального кровотечения, которая обычно составляет 3—4 дня. 3) Периодичность менструаций, например, 3- или 4-недельный цикл; не слишком ли они часты (пройоменоррея) или редки (опсоменоррея). 4) Интенсивность менструаций: скудные (олигоменоррея), умеренные (евменоррея), обильные или очень обильные (меноррагия); наличие кровяных сгустков указывает на обилие менструальных выделений, наличие лишь «мажущих» выделений — на скудность их. 5) Болезненность; если менструации болезненны (дисменоррея), то следует выяснить, когда появляются боли — до наступления кровотечения, в первый день, держатся ли в течение всего менструального срока или появляются по окончании его; характер болей: схваткообразные, тупые, тянущие и т. п. 6) Не сопровождаются ли менструации общими расстройствами — болезненными предвестниками (molinina menstrualis), головокружением, обмороком и т. п. 7) Не замечается ли во время менструаций нагрубания молочных желез, болезненности сосков, усиленной пигментации сосков, белой линии живота, наружных половых органов. 8) Не изменился ли тип менструации с началом половой жизни. Половая жизнь может оказать положительное влияние на течение менструального цикла, например, при слабо выраженном недоразвитии половых органов; однако нередко с началом половой жизни возникают воспалительные заболевания, неблагоприятно отражающиеся на характере менструаций. 9) Не нарушена ли цикличность менструаций с одновременным их усилением (метроррагия). 10) Не бывает ли кровотечений, появляющихся в промежутке между двумя смежными менструальными кровотечениями. 11) Не наблюдаются ли у больной «викарные кровотечения», т. е. кровотечения из необычных мест, по сроку совпадающие с наступлением менструаций, например, из носа, сосков, пупка, прямой кишки и даже из конъюнктивы («кровоавые слезы»). 12) Когда были последние правильные менструации. 13) Если характер менструаций изменился, то когда это произошло и в чем это выражается? Этот вопрос особо важен, принимая во вни-

мание патогномичность нарушений характера, ритма и количества менструальных кровотечений для патологических процессов в половой сфере. Так, задержка менструаций в детородном возрасте чаще всего указывает на прогрессирующую беременность, но может зависеть и от других причин: от какого-либо общего заболевания, физического или умственного переутомления, психо-нервных аффектов и т. п. Появление кровянистых выделений в этом возрасте может указывать на патологическую беременность (пузырный занос, прервавшаяся маточная или вне-маточная беременность), на поражения яичников и т. п. Еще более патогномично появление кровянистых выделений после установившейся менопаузы. Такие случаи всегда подозрительны на наличие новообразования в яичниках или, чаще, в матке и влагалище.

Секреторная функция. Патологическая секреция половых органов (бели) является у гинекологических больных одним из наиболее часто встречающихся симптомов. Трудно назвать такое гинекологическое заболевание, при котором этот симптом не был бы выражен в той или иной степени.

Способностью к секреции обладают железы преддверия влагалища, шейного канала, эндометрия и эндосальпинкса — слизистой, выстилающей трубы. Слизистая оболочка влагалища не имеет желез, а потому не обладает и секреторной способностью. В то же время влагалище является чаще всего местом образования патологического отделяемого. Последнее является обычно или продуктом транссудации жидкости через стенку влагалища, особенно при застойных явлениях в полости малого таза, или воспалительным выпотом.

Секрет желез слизистых оболочек, выстилающих половые органы женщины, имеет в физиологических условиях свои отличительные особенности. Так, вестибулярный секрет, выделяемый бартолиновыми железами, прозрачный, светлый, скользкий, полужидкий, тягучий. Секрет шейного канала густой, стекловидный, прозрачный, светлый. Секрет желез эндометрия и эндосальпинкса — жидкий, светлый, прозрачный, скудный. Влагалищный транссудат довольно обильный и жидкий, водянистый; примешанные к нему отторгнувшиеся клетки многослойного плоского эпителия, выстилающего слизи-

стую оболочку влагалища, придают выделениям вид молока или сливок.

В физиологических условиях даже у совершенно здоровой женщины всегда имеется во влагалище небольшое количество отделяемого.

В определенные фазы физиологического менструального цикла наблюдается временное усиление выделений. Так бывает, например, во время кульминационного пункта овуляции, на 12—14-й день межменструального периода, при половом возбуждении, вследствие повышения секреторной деятельности желез преддверия и шейного канала и связанного с этим увеличения вестибулярных и шейных белей, в фазе расцвета желтого тела (последние дни межменструального периода), в связи с секреторией желез эндометрия и усиления в результате этого маточных белей. Кратковременное — на 1—2 дня — усиление белей в первые дни межменструального периода может быть результатом повышенной транссудации влагалищных стенок в связи с застоем крови в малом тазу во время менструации.

Физиологический секрет, равно как и физиологический влагалищный транссудат, может стать патологическим и изменить свой характер при некоторых общих заболеваниях, особенно при болезнях крови, при длительной интоксикации (кишечные паразиты, хронические общие инфекционные заболевания, хронические отравления и т. п.). То же может наблюдаться и при эндокринных расстройствах, например, при гипертиреозе, при дисфункции яичников, при персистирующем фолликуле.

Если гиперсекреция является результатом воспаления, обусловленного микробами и в секрете обнаруживаются вызвавшие его микробы, а также лейкоциты и эпителиальные клетки, характер отделяемого меняется: изменяется его прозрачность, цвет, консистенция. Так, например, при гонококковой инфекции секрет становится зеленовато-желтым, при коли-бациллярной инфекции — серогрязным и дурно пахнущим, при трихомонадной инвазии — светло-зелено-желтым и мелкопенистым, при туберкулезной инфекции — творожистым, при стрептостафилококковой инфекции — жидким и липким и т. д.

Процесс, вызвавший патологическую секрецию, может оказать разрушающее действие на слизистую оболочку, подлежащие ткани и питающие их сосуды. например,

при раковом поражении. В таких случаях появлению и увеличению количества белей в дальнейшем сопутствует кровотечение. Нередко последнее появляется лишь при каком-нибудь механическом воздействии на пораженный участок (coitus, двуручное исследование, дефекация и т. п.). В таких случаях говорят о «контактных кровотечениях». Они могут возникать при полипах, эрозиях, при раке и других патологических процессах в матке или влагалище.

Гипосекреция наблюдается редко и имеет сравнительно меньшее диагностическое значение.

Учитывая все изложенное, расспрос по разделу «Секреторная функция» должен охватить следующие вопросы: 1) количество выделений (умеренное, обильное, скудное); 2) цвет (в какой цвет пачкается белье): молочный, слегка желтоватый, желтый, зеленый, желто-зеленый, серый, грязный и т. п.; 3) консистенция (жидкая, густая, тягучая, сливкообразная, пенистая и т. п.); 4) примесь крови: отсутствует, незначительна (сукровичные), значительна (кровянистые выделения); 5) запах — выражен, резкий, неприятный, отсутствует; 6) не увеличивается ли количество выделений в определенные периоды менструального цикла или в связи с волнением, утомлением и т. п.; 7) не появляются ли «контактные кровотечения».

Половая функция. По причинам, уже упоминавшимся, жалобы на нарушения половой функции предъявляются сравнительно редко. Тем не менее именно нарушения этого рода нередко заставляют больную искать врачебной помощи. Ознакомление с группой относящихся сюда вопросов существенно важно для установления диагноза, так как различные проявления расстройства половой функции часто имеют в своей основе какое-либо заболевание. Так, половая холодность (frigiditas), наблюдающаяся и у здоровых женщин (в среднем у 30%), в том числе и у нормально беременных и рожаящих, может являться в то же время аномалией нервно-психического порядка или проявлением недоразвития — общего или полового. Чрезмерно повышенное половое влечение (pythomania) может быть результатом расстройства центральной нервной системы, эндокринной системы, особенно в климактерическом периоде, и т. п.

Большое диагностическое значение имеет возвращение в пожилом возрасте и даже в старости полового влечения, до того долго отсутствовавшего. Такое «омоложение», обычно радующее больных, указывает на появление в организме значительного количества эстрогенного гормона, который в старческом или близком к этому возрасту не может продуцироваться яичниками с угасшей функцией. Правильно в таких случаях подумать о возможности гранулозо-клеточной опухоли яичников, рака тела матки или других органов, равно как и о других патологических процессах, ведущих к повышению уровня эстрогенного гормона в организме.

Чаще больные жалуются на невозможность или затрудненность полового сношения, болезненность при этом и т. п. Если причины этих жалоб не зависят от мужа, следует думать о полных или частичных пороках развития полового аппарата, его недоразвитии (узкое или короткое влагалище) и т. п.

С половой жизнью связана возможность попадания патогенных микробов в половые органы, в частности гонококков. В связи с этим инфицирование половых органов, сравнительно редко наблюдающееся до начала половой жизни, значительно учащается после начала ее.

При неудовлетворенном половом влечении (отсутствие оргазма — *dyspareunia*), в связи с развивающимися при этом застойными явлениями в малом тазу, возникает ряд патологических симптомов, о которых отчасти уже упоминалось выше (расстройство менструального цикла, патологическая секреция половых органов и т. п.), отчасти же речь будет впереди. К таким же результатам приводит пользование некоторыми противозачаточными средствами и способами, особенно же длительно практикующееся прерванное половое сношение (*coitus interruptus*).

Различные аномалии полового аппарата могут быть причиной бесплодия. К ним относятся: неудержание эякулята во влагалище из-за короткости влагалища, смещения матки, аномалии промежности и т. п.

По этому разделу анамнеза задают следующие вопросы: 1) начало половой жизни (в каком возрасте); 2) находится ли больная в первом или повторном браке; длительность совместной жизни с каждым из супругов; длительность интервала при повторном браке; 3) заме-

ценные самой больной изменения в своем здоровье после начала половой жизни, а также при повторном браке; 4) половая удовлетворенность — влечение, холодность, наличие или отсутствие оргазма и т. п.; 5) применялись ли противозачаточные средства и какие именно; 6) удерживается ли эякулят после сношения; 7) не появляются ли после сношения кровяные или кровянистые выделения из половых органов; 8) не болезненно ли половое сношение и место ощущаемой боли.

Детородная функция. Выяснение детородной функции больной позволяет врачу получить ценные данные о гинекологическом ее благополучии или неблагополучии, о возможных гинекологических заболеваниях, времени и причинах их возникновения и прогнозе. Так, следует выяснить, сколько раз больная беременела за все время половой жизни. Чрезмерная плодовитость, когда одна беременность непосредственно следует за другой, является показателем хорошего здоровья вообще и половой сферы в частности, хорошей функции эндокринных желез и др. Наличие, несмотря на многолетнюю половую жизнь, лишь единственной беременности, а тем более отсутствие беременности может указывать на противоположное состояние, если это не зависит от мужа или от применения противозачаточных средств.

Если в течение трех лет от начала половой жизни не наступило ни одной беременности, говорят о первичном бесплодии (*sterilitas I*). Если же после одной или нескольких беременностей последующая не наступает в течение такого же срока, то говорят о вторичном бесплодии (*sterilitas II*). Если беременности наступают без особого затруднения и довольно часто, но они не доносятся до конца и заканчиваются выкидышами, говорят об относительном бесплодии (*infertillitas*). Чаще всего первый и последний виды бесплодия связаны с эндокринно-нервными расстройствами и недоразвитием. Вторичное бесплодие связано в большинстве случаев с инфекцией, проникшей в половые органы женщины во время предшествовавших родов, а еще чаще — во время аборт. В некоторых случаях этот вид бесплодия является результатом нарушения гормонального равновесия («гормональной травмы»), нередко наблюдающегося после выкидыша (самопроизвольного и искусственного).

Не менее важно знать, как протекали беременность и роды, не было ли аборт искусственных или самопроизвольных, как протекали послеродовые и послеабортные периоды. Врач при этом получает ценные данные о возможной инфекции, травме родовых путей, матки, окружающих органов и т. п., которые могли положить начало заболеванию, приведшему больную к врачу.

Так, смещения и выпадения внутренних половых органов возникают в большинстве случаев на почве повреждения тазового дна при родах. Хроническое воспаление внутренних половых органов нередко связано с инфекцией во время родов и в послеродовом периоде, или, что бывает особенно часто, во время аборта. Разрывы шейки матки могут привести к ее деформации и гипертрофии, выпячиванию слизистой оболочки шеечного канала (ectropion), возникновению эрозий и т. п. Все эти патологические процессы нередко создают почву для развития раковой болезни.

Надо учитывать, что матка многорожавшей женщины заметно больше, чем у нерожавшей. Поэтому обнаружение увеличенной матки не может быть правильно оценено без учета предшествовавших родов.

По этому разделу важно выяснить: 1) на котором году половой жизни и в каком возрасте наступила первая беременность; 2) сколько было беременностей в течение всей жизни и как они протекали; не было ли пузырного заноса, внематочной беременности и других осложнений; 3) сколько было родов, когда, каково было их течение, не было ли осложнений во время родов и в послеродовом периоде и какие; было ли оказано оперативное пособие; 4) сколько было аборт — искусственных (по медицинским показаниям), внебольничных и самопроизвольных и когда; были ли осложнения во время аборта или в послеабортном периоде и какое пособие было оказано; 5) когда имела место последняя беременность, в каком возрасте, как протекала и чем закончилась: родами — срочными или преждевременными, аборт — искусственным или самопроизвольным; не было ли осложнений во время родов (аборта) или в послеродовом (послеабортном) периоде и какие; чем и как лечилась больная.

Функции соседних органов. Внутренние половые органы женщины тесно связаны с уретрой,

мочевым пузырем, мочеточниками, прямой, сигмовидной и слепой кишкой, с червеобразным отростком. Эта связь является не только топографической, но и функциональной, если принимать во внимание общие источники иннервации и кровоснабжения. Все эти органы легко вовлекаются в патологический процесс, поражающий половые органы. И, наоборот, патологические процессы, возникшие в них, очень легко переходят на те или иные половые органы. Так, например, матка и влагалище при их выпадении и опущении увлекают за собой мочевой пузырь и прямую кишку. Это, естественно, вызывает нарушение функции мочевого пузыря: недержание мочи, частые позывы на мочеиспускание, затруднение, а при полном выпадении матки — невозможность мочеиспускания без предварительного вправления выпавшего органа. При раковом поражении шейки матки и влагалища инфильтрат, распространившись на мочевой пузырь и прямую кишку, сначала нарушает их функцию, а потом разрушает их. При этом просвет мочеточников, зажатых раковым инфильтратом, может полностью закрыться. В таких случаях развивается гидроуретер с последующими тяжелыми последствиями.

Еще чаще наблюдается переход воспалительных процессов с половых органов на соседние органы. Так, туберкулезное поражение брюшины часто распространяется на фаллопиевы трубы и на матку; при гонорее половых органов воспалительный процесс переходит на мочеиспускательный канал и мочевой пузырь; гной из абсцесса заматочного пространства и околоматочной клетчатки часто проникает в мочевой пузырь и прямую кишку, вызывая со стороны этих органов определенные симптомы, очень важные для своевременного распознавания болезни и лечебного вмешательства.

Следует также отметить, что нередко симптомы, исходящие из внутренних половых органов, ошибочно приписывают соседним с ними органам и наоборот. Так, внематочная беременность или перекрут ножки опухоли яичника симулирует аппендицит и наоборот; спазматическое сокращение сигмовидной кишки, нередко наблюдающееся у женщин, особенно во время беременности или месячных, принимают за патологические изменения трубы или матки и т. п.

Таких примеров можно привести много. Нам извест-

но немало подобных ошибок, повлекших за собой даже ненужные оперативные вмешательства.

Поэтому при расспросе больной следует выяснить: 1) состояние мочеиспускания: безболезненное, болезненное вначале, во время, в конце, затрудненное; редкое, частое. В обычных условиях здоровая женщина мочится в сутки 4—5 раз, в климактерическом периоде, по нашим наблюдениям, значительно чаще; иногда моча все время вытекает непроизвольно по каплям или удерживается в течение известного времени, например, 1—2 часа, а затем непроизвольно вытекает струей; зависимость недержания мочи или характера мочеотделения от определенного положения тела; характер мочи: прозрачная, мутная, с примесью крови; 2) характер стула: поносы, хронические запоры без тенезмов или с тенезмами, выделение слизи из прямой кишки — до дефекации или вместе с калом, примесь крови, гноя в кале; не затруднена ли дефекация, не сопряжена ли она с появлением болезненности; 3) наличие или отсутствие спазматических, схваткообразных болей в подвздошных областях; не связаны ли они, по наблюдениям больной, с актом пищеварения, с менструальным циклом, с наступившей беременностью.

Б. Исследование больной физическими методами

После расспроса приступают к исследованию больной физическими методами. Исследование начинают с общего осмотра больной, обычно дающего весьма ценные данные для диагноза. Поэтому следует считать грубой ошибкой врача, если он, собрав анамнез, приступает непосредственно к гинекологическому исследованию больной. Предварительно необходимо измерить температуру тела, сосчитать пульс и измерить кровяное давление. Непосредственно перед исследованием больная должна опорожнить мочевой пузырь. Желательно также опорожнение и кишечника, что в некоторых случаях может быть и обязательным.

Общее исследование

Общий вид и строение организма. Прежде всего определяется рост женщины (очень высокий, высокий, средний, низкий, очень низкий), сложение (правильное, неправильное), черты лица, в частности, свя-

занные со строением костей черепа. При этом важно установить, нет ли явлений акромегалии, которая может быть поставлена в связь с расстройством функции задней доли гипофиза и нередко наблюдается при различных акушерских и гинекологических заболеваниях, например, при токсикозах беременности и новообразованиях в придатках матки. Существенное значение имеет также внешний вид больной и развитие подкожножирового слоя. Так, бросается в глаза малокровие или даже кахексия больных с длительными кровотечениями, изнуряющими тяжелыми болезнями. Дряблая кожа, особенно на лице, нередко наблюдается у женщин с опущением внутренних половых органов. Напротив, хорошо сохранившийся тургор кожи, не соответствующий пожилому возрасту, молодость говорят о хорошем функциональном состоянии яичников. Ожирение значительно или резко выраженное является проявлением нарушения обмена веществ и обычно указывает на существенное расстройство функции эндокринных органов, особенно яичников, гипофиза, щитовидной и поджелудочной желез. Этим органам принадлежит весьма значительная роль при некоторых гинекологических заболеваниях. Отек или пастозность лица, конечностей, особенно если это сочетается с цианозом концевых фаланг пальцев рук и ног, губ, может быть показателем недостаточности сердечно-сосудистой системы, болезней почек, нейро-гуморальной системы и др. Об этом же говорят и холодные пальцы рук и ног.

Ко ж н ы е п о к р о в ы. Помимо ознакомления с эластичностью (тургором) кожи, о чем уже говорилось, необходимо обратить внимание на ее окраску. Так, синюшность пупка и желтушная окраска ладоней и подошв часто наблюдается при внутрибрюшных кровоизлияниях. Аномалии пигментации также могут помочь врачу уточнить диагноз заболевания или его этиологию. Усиленная пигментация кожи лица, вокруг сосков (areola), а также белой линии живота или, наоборот, потеря пигмента определенными участками кожи, вследствие чего они представляются белесоватыми (vitiligo), указывает на эндокринные расстройства. Нередко оба эти процесса — гиперпигментация и апигментация — встречаются одновременно, вследствие чего непигментированные участки особо резко выступают на темном фоне и в свою очередь резче оттеняют последний. Такое

состояние, выраженное в различной степени и в различных комбинациях, встречается во время беременности, а также, по нашим наблюдениям, в периоде полового созревания, в климактерическом периоде, при некоторых опухолях матки и яичников. В эти же периоды иногда появляются различного рода дерматозы: аспе, herpes и др. У некоторых больных можно наблюдать периодически появляющиеся и исчезающие дерматозы, связанные с наступлением менструации и патологическим их течением, что свидетельствует об эндокринной этиологии этих дерматозов. В годы Великой Отечественной войны нами были описаны многочисленные наблюдения, когда у девушек имелись различного рода дерматозы, особенно молочных желез. У большинства этих девушек одновременно имелись также различного рода расстройства менструального цикла.

Не следует проходить мимо таких фактов, как бородавчатые разрастания на кожных покровах, ангиомы, иногда еле заметные, в особенности когда их много и когда они как бы рассыпаны по всему телу. Согласно нашим наблюдениям, они нередко встречаются при начинающемся или уже развившемся где-либо в организме новообразовательном процессе.

Иногда ошибочно принимают за бородавки весьма сходные с ними рудиментарные соски. При внимательном рассмотрении через лупу их нетрудно отличить друг от друга. Отличить их можно и по локализации, так как рудиментарные соски располагаются по сосковым линиям.

Для правильной оценки общего состояния больной существенное значение имеют также характер и степень развития волосистости. Волосистость на лобке, распространяющаяся вверх по белой линии живота (мужской тип) или умеренно выраженная на ногах, промежности, в области заднепроходного отверстия, небольшие усики в некоторых случаях могут быть отнесены к ненормальностям эндокринной системы, в том числе и яичников. Резкий гипертрихоз, когда волосами иногда покрыто все туловище, когда усы и борода значительно выражены, следует расценивать как результат глубокого нарушения гормонального равновесия. Важно иметь в виду, что гипертрихоз сопутствует некоторым новообразованиям яичников, например, аренобластоме. Он возникает у женщин и

при неправильном лечении большими дозами мужского полового гормона. В таких случаях с прекращением лечения или удалением опухоли прекращается патологический рост волос, а уже выросшие волосы выпадают.

Большое значение имеет осмотр молочных желез: хорошее развитие их паренхимы (а не жировой клетчатки!), равно как и их атрофия имеют весьма важное значение для суждения о поражении других органов. Так, хорошее их развитие в периоде постепенного увядания организма или в старости должно навести на мысль о наличии у больной гранулезно-клеточной опухоли яичников.

У здоровых, нормально менструирующих женщин, за 1—3 дня до овуляции, под которой принято понимать освобождение из фолликула зрелого яйца, соски становятся гиперемизированными, чувствительными, напряженными. В дни, предшествующие менструации, обращает на себя внимание нагрубание и увеличение долек желез. Первый из этих феноменов указывает на гиперфолликулинизацию организма, второй — на содержание в организме большого количества гормона желтого тела — прогестерона. Отсутствие этих признаков в те дни, когда они должны были бы иметь место, или появление их в несоответствующее время (например, в период менопаузы) наведет врача на мысль о существенных сдвигах в нейро-гуморальной системе исследуемой и заставит его доискиваться причины этого.

Существенно важно ознакомиться и с характером секрета железы, который нередко можно обнаружить у больных. Так, выдавливание молозива может указывать на наличие прогрессирующей беременности, выдавливание молока при установленной беременности — на прервавшуюся беременность; выдавливание секрета, окрашенного свежей кровью, свидетельствует о наличии в паренхиме желез новообразования, а окрашенного в цвет старой крови (сходной с менструальными выделениями) — о наличии в паренхиме железы эндометриоза. Такая же темная и сгущенная кровь иногда выдавливается из сосков и при геморрагической метростазии. Молозиво появляется нередко и во время менструации.

Каждый врач должен считать обязательным осмотр молочных желез у всех обращающихся к нему женщин,

особенно в возрасте старше 35 лет, для того чтобы убедиться в отсутствии в железах опухолевых образований, особенно рака.

Нервная система. Сейчас, когда работами основоположников нашей отечественной физиологии И. М. Сеченовым, Н. Е. Введенским, А. А. Ухтомским, И. П. Павловым выяснено, что главенствующей в живом организме является рефлекторная деятельность нервной системы и особенно высшего ее отдела, для всякого врача ясно, что без исследования состояния нервной системы, без выявления степени ее угнетения или раздражения ни поставить правильный диагноз, ни назначить правильное лечение не представляется возможным. «В осуществлении сложных взаимодействий, — пишут К. М. Быков и И. Т. Курцин, — между раздражениями, которые воспринимаются экстерорецепторами, и раздражениями, падающими на интерорецепторы, в высших отделах центральной нервной системы каждый раз создается тот уровень соотношений процессов возбуждения и торможения, который и определяет как текущую реакцию каждого органа в отдельности, так и поведение организма в целом. Интеграция сложной системы осуществляется высшим регуляторным аппаратом — корой головного мозга... При отдельных условиях может произойти такое изменение функционального состояния высшего рефлекторного центра, в результате которого наступают длительные и глубокие нарушения работы внутренних органов»¹.

Мы должны предостеречь от попытки полностью передоверить исследование состояния нервной системы невропатологам. Конечно, во многих случаях исследование специалистом является необходимым и вполне правомочным. Но мы хотим в то же время подчеркнуть, что общее определение состояния нервной системы и особенно высших ее отделов должен уметь проводить каждый врач. Особенно важное значение приобретает определение типа нервной деятельности, т. е. особенностей взаимоотношения корковой и подкорковой деятельности и особенностей взаимодействия первой и второй сигнальных систем. В настоящее время не существует еще достаточных объективных тестов, при помощи которых

¹ К. М. Быков и И. Т. Курцин, Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни, Академия медицинских наук СССР, 1949.

можно было бы в каждом отдельном случае выявить тот или иной тип нервной системы больной. В условиях поликлинической работы приходится ограничиваться простым изучением нервной системы больной (рефлексы). В условиях же стационара врач имеет возможность более глубоко изучить больную путем длительного наблюдения и, кроме того, подойти к выявлению одного из следующих типов (по номенклатуре И. П. Павлова)¹: I — сильный неуравновешенный, возбудимый (холерик), II — сильный уравновешенный, живой (сангвиник), III — сильный уравновешенный, спокойный (флегматик), IV — слабый неуравновешенный, тормозной (меланхолик). Отнесение больной к той или иной группе позволяет лучше выявить этиологию и патогенез заболевания, лучше организовать режим в стационаре и назначить более эффективное лечение.

В 1951 г. руководимым нами коллективом акушерско-гинекологической клиники лечебного факультета II Московского медицинского института имени И. В. Сталина и клинической ее базы — акушерского и гинекологического отделения 1-й Московской городской клинической больницы имени Н. И. Пирогова была сделана попытка изучить типологическую направленность высшей нервной деятельности женщин, находившихся под наблюдением врача. Методика и первые итоги этой работы были нами доложены в апреле 1952 г. IV Пленуму Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР. В вынесенном решении Пленум рекомендовал продолжать и углублять начатую работу.

Это обстоятельство, а также появление вскоре после нашего доклада в советской медицинской печати ряда статей, показавших, что одновременно с нами аналогичная работа и почти по такой же методике проводилась коллективами и других клинических учреждений СССР (неврологических, терапевтических и др.), стимулировало наши дальнейшие попытки усовершенствовать первоначально разработанную нами методику и шире использовать ее на практике.

В основу методики, которой мы пользуемся в настоящее время и над совершенствованием которой продолжаем работать, положено учение И. П. Павлова о корковой динамике (о типах высшей нервной деятельности).

Как известно, основными методами клинического определения типов высшей нервной деятельности человека является: а) тщательное и глубокое собирание анамнеза (биография); б) клинические наблюдения, в) клинико-экспериментальные данные.

Не располагая методикой, которая была бы легко доступной практическому врачу и в то же время была бы достаточно убедитель-

¹ Более подробно см. нашу статью «Опыт построения психопрофилактического режима работы родильного дома», Акушерство и гинекология, 1952, № 4.

ной. мы до настоящего времени пользовались лишь первыми двумя из названных методов определения типа высшей нервной деятельности женщины: методом тщательного собирания и тщательного проду- мывания анамнеза и методом клинического наблюдения за поведе- нием больной. При этом за основу была взята классическая номенкла- тура И. П. Павлова. Установленное же им деление типов нервной деятельности, специфической для человека, на «художественный» и «мыслительный» нами пока не использовалось по той причине, что в настоящее время, пока у нас в этом отношении еще нет достаточ- ного опыта, казалось нецелесообразным усложнять и без того слож- ный для нас вопрос.

Так как мы не располагали какими-либо твердыми, общеприня- тыми методическими установками или «тестами», кем-нибудь до этого выработанными и пригодными для клинического использования, мы были вынуждены сами выработать такую методику, которая позволя- ла бы, хотя и очень ориентировочно, определять тип нервной деятель- ности человека. Сознавая при этом, что нельзя чисто механически перенести на человека классическую методику, установленную И. П. Павловым и его учениками для собак, мы пошли по пути изучения этого вопроса методом клинических наблюдений. Нами была сделана попытка разрешить поставленную задачу путем хорошо соб- ранного и, главное, хорошо продуманного анамнеза, путем повседнез- ного изучения поведения больной во время ее пребывания в женской консультации и в клинике, путем изучения и правильной оценки ее реакции на исследования, назначенный режим, лечение и т. п.

Таким образом, изучение типологической направленности высшей нервной деятельности у обследованных нами женщин про- изводилось путем их опроса и непосредственного наблюдения. В на- стоящее время вряд ли можно сомневаться в том, что метод опроса не является только «субъективным» методом исследования и что нельзя поэтому противопоставлять его «объективному» исследова- нию. Об этом в 1933 г писал и сам И. П. Павлов в предисловии к книге А. Г. Иванова-Смоленского «Основные проблемы патофи- зиологии высшей нервной деятельности». «Наступает и наступит, осуществится естественное и неизбежное сближение и, наконец, сли- тие психологического с физиологическим, субъективного с объек- тивным — решится фактически вопрос, так долго тревоживший чело- веческую мысль. И всяческое дальнейшее содействие этому слиянию есть большая задача ближайшего будущего науки»¹.

Само собой разумеется, наряду с избранным нами методом опро- са и наблюдений, существуют и другие, более сложные методы физиологического обследования. Естественно, что мы должны стараться всячески их использовать и совершенствовать. Но, к сожа- лению, эти методы еще мало доступны практическому врачу. Исполь- зованная же нами методика опроса и наблюдения вполне доступна любому врачу, в каких бы условиях он ни работал. Она при пра- вильном пользовании ею позволяет выявить, хотя бы приближенно, характер основных нервных процессов человека: силы, уравновешен- ности и подвижности.

Разработанная методика имеет, без сомнения, много отрицатель- ных сторон. Основной из них является отсутствие достаточно объек-

¹ И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, 1951, т. III, кн. 2, стр. 152.

тивизированных критериев, «тестов». Большим же ее преимуществом мы считаем обилие фактического материала, поступающего в распоряжение врача. Вряд ли такое обилие фактов, которое может быть получено путем подробного опроса и повседневного систематического наблюдения за человеком, ежедневно и даже ежечасно подвергающимся громадному количеству самых разнообразных воздействий, может быть получено даже самым взыскательным экспериментатором, изучающим поведение животного в лабораторных условиях.

Этими соображениями мы руководствовались при выборе методики, положенной в основу определения типов нервной деятельности человека в клинике.

Опрос и наблюдение за женщиной мы начинаем по возможности рано — с момента первой ее явки в женскую консультацию. Таким образом, материалы по определению типов нервной деятельности мы стараемся собирать, начиная с первой встречи женщины с врачом. Эти материалы поступают в дальнейшем в родильный дом или в гинекологическое отделение больницы, где они дополняются в смотровой комнате, в родовом зале, в операционной, в палате и т. п. Наконец, они заканчиваются в женской консультации, куда возвращается женщина после родов.

При собирании материала мы исходили из павловского тезиса, что типы высшей нервной деятельности определяются в зависимости от состояния основных нервных процессов — возбуждения и торможения. Как при первом опросе, так и в последующие дни, особое внимание обращают на две стороны: на сущность сообщаемых беременной или больной, фактов и на то, как они ею сообщаются, какую реакцию вызывают у женщины излагаемые ею факты.

В соответствии с этим в беседе с обследуемыми женщинами их ответы, поведение и реакции на задаваемые вопросы рассматривают в свете состояния нервных процессов и их основных свойств — силы, уравновешенности и подвижности. Ознакомление с состоянием высшей нервной деятельности обследуемой начинается с детства и охватывает все последующие периоды ее жизни: полового созревания, половой зрелости и т. д.

В вопросах и ответах отражаются: а) развитие и воспитание обследуемой; б) ее трудовая деятельность и условия труда; в) ее семейная жизнь и условия быта; г) перенесенные заболевания и последующее их влияние на нервную систему; д) психические травмы; е) жизненные трудности, их характер, как они преодолевались или преодолеваются.

Во время беседы врач внимательно следит за поведением беременной или больной и отмечает ее реакцию: а) на первую встречу с врачом; б) на осмотр врачом в приемном покое, в палате, в смотровой (двуручное, инструментальное) и др.; в) на решение врача после осмотра (диагноз, назначенное лечение — консервативное, оперативное); г) на обходы старшего врачебного персонала — профессора, заведующего отделением (изменение пульса, дыхания, вазомоторные явления и др.); д) на лечебные процедуры (инъекции, венепункции, физиотерапевтические процедуры и т. п.).

Обращается внимание и на общительность обследуемой, ее контактируемость с соседками по палате и с персоналом клиники, а также на действие брома и кофеина, на степень внушаемости и на интенсивность дермографии.

Полученные данные врач заносит в специальный «вкладыш» в «обменную карточку», составленную в женской консультации, а в стационаре — в историю болезни или в историю родов. При этом в процессе наблюдения мы ограничиваемся только накоплением фактического материала, собираемого не одним, а несколькими врачами: врачом женской консультации, палатным ординатором, дежурным врачом, заведующим отделением. Заключение же о принадлежности обследованной к тому или иному типу высшей нервной деятельности делается после длительного наблюдения, иногда непосредственно перед выпиской из клиники — по совокупности всех данных.

Если фактический материал собран достаточно полно и позволяет сделать из него обоснованные выводы, то по совокупности выявленных признаков определяется типологическая направленность высшей нервной деятельности обследованной женщины. При этом мы руководствуемся следующими ориентировочными данными в отношении каждого из них.

Ориентировочные признаки типов высшей нервной деятельности

Признаки сильного неуравновешенного возбужденного типа:

- а) резкость в отношении персонала;
- б) раздражительность;
- в) безудержность (неспособность умерять, сдерживать себя, свою силу в должных границах);
- г) отсутствие страха перед сильными раздражителями;
- д) нетерпеливость;
- е) достижение благоприятного эффекта от больших доз брома.

Признаки сильного уравновешенного подвижного типа:

- а) суетливость;
- б) оживленность;
- в) особая подвижность в поведении, быстрый переход от деятельности к покою и обратно;
- г) хорошая контактируемость с окружающими;
- д) быстрая смена деятельности на покой и обратно;
- е) быстрое засыпание и пробуждение;
- ж) хорошо выраженная внушаемость.

Признаки сильного уравновешенного инертного типа:

- а) малоподвижность и инертность;
- б) спокойствие при встрече с людьми («солидность»);
- в) полная контактируемость с окружающими;
- г) спокойное поведение при обследовании врачом;
- д) медленное засыпание и пробуждение;
- е) хорошо выраженная внушаемость.

Признаки слабого неуравновешенного тормозного типа:

- а) медленное осваивание с окружающей обстановкой;
- б) трусливость;
- в) боязливость при обследовании врачом (слезы);
- г) тревога в ожидании врача и его решения в отношении диагноза и лечения;

- д) пессимизм;
 е) неумение удерживать жизненные позиции;
 ж) повышение раздражительных процессов от кофеина.
- Ниже приводится таблица-схема, в которой систематизированы перечисленные выше клинические признаки, используемые нами для определения типа высшей нервной деятельности человека.

	Сильный неуравнове- шенный (возбудимый)	Сильный уравнове- шенный (жиной)	Сильный уравновешенный (инертный)	Слабый неуравно- вешенный (тормозной)
А. Основные процессы высшей нервной деятельности 1. Возбуждение 2. Торможение	Возбуждение превалирует над торможением	Оба основных процесса выражены равномерно		Торможение превалирует над возбуждением
Б. Основные свойства нервных процессов: 1. Сила		Работоспособность выражена хорошо		Быстрая утомляемость; легкая подчиняемость, отсутствие настойчивости в достижении цели
2. Уравновешенность	Неумение сдержаться, отсутствие терпения, усиленная реакция во внешнем поведении, лишние движения, жесты	Выдержанность и дисциплинированность	В действиях и поступках наблюдается чрезмерная аккуратность и осторожность	Преобладание процессов торможения. Одновременное ослабление обоих процессов
3. Подвижность	Резкий переход от состояния покоя к возбуждению	Быстрое привыкание к новой среде, новым обстоятельствам	Медленное свыкание с окружающей обстановкой, особенно новой. Медлительность в действиях	Безразличие к происходящему и окружающему

Продолжение

	Сильный неуравнове- шенный (возбудимый)	Сильный уравнове- шенный (живой)	Сильный уравновешенный (инертный)	Слабый неуравнове- шенный (тормозной)
В. Состояние высшей нервной деятельности в различные периоды жизни				
1. Исходный период (первые воспоминания из пройденной жизни)	Участницы и главари шумных игр, стремление к „командованию“ („застрельщицы“)	Живое участие в событиях, связанных с детством	Умеренное участие во всех происходящих жизненных событиях	Держится в стороне от шумных игр, плаксива
2. Период полового созревания	Стремление к освобождению от покровительства родных			
3. Период половой зрелости		Семейные и бытовые условия характеризуются обобщенной выдержанностью		Во многих делах чувствует себя обиженным, часто плачет, поддается легко под влияние друзей
4. Климактерий	Отчетливо выражены явления „выпадения“ функции яичников	Явления „выпадения“ функции яичников переносит хорошо	Явления „выпадения“ функции яичников выражены отчетливо	Отчетливо выражены явления „выпадения“ функции яичников
Г. Отдельные моменты жизни:				
1. Работоспособность и резерв сил	Инициативна, высоко-развитая настойчивость в достижении цели	Работоспособность и резерв сил большие		Частый отказ от дополнительной работы, недостаточность инициативы

Продолжение

	Сильный неуравнове- шенный (возбудимый)	Сильный уравнове- шенный (живой)	Сильный уравновешенный (инертный)	Слабый неуравнове- шенный (тормозной)
2. Поведение во время опасности	Настойчивость в преодолении препятствий в жизни	Быстрая оценка всего происходящего, после чего совершает тот или иной поступок	Оценка обстановки проходит более длительно, после чего принимается решение	Не выносива. Избегает решать трудные жизненные задачи
3. Поведение в условиях лечебного учреждения	Стычки с персоналом, отказ от лечения		Полное доверие ко всем требованиям в условиях лечебного учреждения	Чрезмерная боязливость
Алкоголь	Резкое возбуждение	Умеренное возбуждение		Угнетающее воздействие при наличии слабости обоих процессов
Эфир	Процесс засыпания длительный	Быстро засыпает		
Бром	Приводит к временному уравновешиванию основных нервных процессов			Приводит к угнетению нервного состояния
Кофеин	Усиление возбуждения			Даже сниженные дозы вызывают повышение возбуждающей функции

Эндокринные органы. Как уже было указано, внешний осмотр больной может дать указания на наличие эндокринных расстройств (неправильность ро-

ста скелета, ожирение, гипертрихоз и т. п.). Увеличение щитовидной железы, легко определяемое осмотром и ощупыванием, равно как и связанные с этим симптомы: частый пульс, блеск глаз, пучеглазие, отеки и другие симптомы всегда должны учитываться врачом при оценке заболевания.

Исследование эндокринных желез ведется по принципам и методам клиники эндокринных заболеваний. Надо в то же время помнить, что под влиянием центральной нервной системы рефлекторно изменяется и деятельность эндокринных органов и выделение гормонов. Последние, попадая в кровь, воздействуют на различные органы и системы главным образом в виде раздражителей нервнорецепторных приборов, вызывая новые рефлекторные реакции — возникает цепной нервнорефлекторный процесс, где гормоны выступают уже в роли одного из звеньев этого процесса (М. Г. Дурмишьян). Такое понимание роли гормональных веществ помогает врачу уяснить их роль в конкретном случае заболевания. Исследование яичников у гинекологических больных имеет особо важное значение, поэтому на этом вопросе мы остановимся ниже более подробно.

Обмен веществ. Огромно значение нарушений обмена веществ в жизни организма. Почти все биологические особенности женщины прямо и непосредственно связаны с состоянием обмена веществ. Так, при диабете чрезвычайно часто наблюдаются поражения наружных и внутренних половых органов, появление язв и эрозий, нарушение менструальной функции. Чрезмерное ожирение, указывающее на замедленный обмен веществ, скандируется не менее ярко на функциональном состоянии полового аппарата. Поэтому изучение состояния обмена веществ должно занять в исследовании гинекологической больной видное место. Следует использовать клинко-лабораторные исследования, описание которых можно найти в соответствующих руководствах.

Нередко при тщательном и всестороннем исследовании больной физическими методами находят совершенно нормальное состояние половых органов, несмотря на то, что функция их явно нарушена. В таких случаях внимание врача должно быть направлено на общее состояние больной. В частности, должно быть выяснено, не зависят ли жалобы больной от нарушений обменного характера.

Исследование важнейших органов. Обязательное знакомство с состоянием важнейших органов больной — сердца, легких, печени, почек — чрезвычайно важно, так как заболевания последних нередко оказывают существенное влияние на состояние и функцию полового аппарата. Так, например, застойные явления в органах малого таза и обусловленные ими расстройства месячных (меноррагия, дисменоррея и другие) наблюдаются нередко при пороках сердца. В свою очередь состояние половых органов оказывает существенное влияние на указанные органы. Так, например, гипертрофия сердечной мышцы и понижение ее функциональной способности нередко наблюдаются при фибромиомах матки. Наличие тесной взаимосвязи между различными органами и системами хорошо известно и не может вызывать никаких сомнений в свете учения о целостности организма.

У некоторых больных состояние важнейших органов позволяет по-иному осветить вопрос об этиологии гинекологического заболевания (например, установление туберкулезной этиологии воспаления придатков матки у больной туберкулезом легких и т. п.).

Еще более важное значение имеет знание состояния этих органов при выборе метода лечения. Например, при заболеваниях сердца и легких может быть назначена далеко не любая тепловая процедура и далеко не любой курорт. Равным образом при оперативном лечении не каждый вид наркоза может быть применен тем или иным гинекологическим больным, если у них одновременно с заболеванием половых органов имеется поражение сердца, легких, почек, печени или другого какого-нибудь органа.

Внимательно должно быть изучено состояние и лимфатической системы (увеличение лимфатических узлов или их пакетов, их уплотнение, болезненность и пр.).

Определение состояния перечисленных органов и систем производится обычными методами клиники внутренних болезней — осмотром, пальпацией, перкуссией, аускультацией, электрокардиографией, рентгенографией, рентгеноскопией, лабораторными исследованиями и т. п.

Обследование брюшной полости. Этому обследованию придается очень большое значение, так

как оно позволяет выявить ряд патологических процессов в органах малого таза и их влияние на прочие органы брюшной полости. Кроме того, оно позволяет провести дифференциальную диагностику поражений половых и прочих органов. Поэтому на характеристике методов обследования брюшной полости следует остановиться более подробно.

Исследование, как обычно, начинают с общего осмотра, о чем говорилось выше. При этом иногда обнаруживается легкая отечность покровов или выраженная венозная сеть. Эти признаки указывают на застойные явления в брюшной полости, которые могли возникнуть и в результате воспалительных процессов в малом тазу (В. Ф. Снегирев).

В дальнейшем переходят к определению состояния брюшных мышц. Больной, лежащей на спине, предлагают скрестить руки на груди и в таком положении приподнять голову и верхнюю часть туловища. Если имеются расхождение прямых мышц живота и грыжевые выпячивания в области пупка, по белой линии и в паховых сгибах, то они легко обнаруживаются.

Большое значение имеет также ознакомление с конфигурацией живота. При наличии в нем больших и средней величины опухолей они могут быть выявлены по их ясно вырисовывающимся контурам, особенно при дряблости брюшной стенки. При истончении брюшной стенки иногда удается заметить перистальтику петель кишечника. Живот может при этом иметь обычную конфигурацию. Чаще, однако, наблюдается его увеличение, зависящее от метеоризма, наличия опухолей, чаще всего кистом яичников, от асцита, обусловленного теми или другими причинами. Осмотр живота может дать многое для дифференциальной диагностики: при асците живот в горизонтальном положении больной как бы распластан в стороны («лягушачий живот»); при изменении положения жидкость перемещается по направлению к тому боку, на котором больная лежит. Если же увеличение живота вызвано не асцитом, а большой опухолью, например, кистой яичника, живот не растянут в стороны и при перемене положения конфигурация его не изменяется (рис. 1).

Ощупывание живота производится в положении больной на спине. Оно должно быть проведено методи-

чески и с таким расчетом, чтобы непальпированной не осталась ни одна точка его. Мы производим ощупывание всеми десятью пальцами обеих рук (рис. 2). Паль-

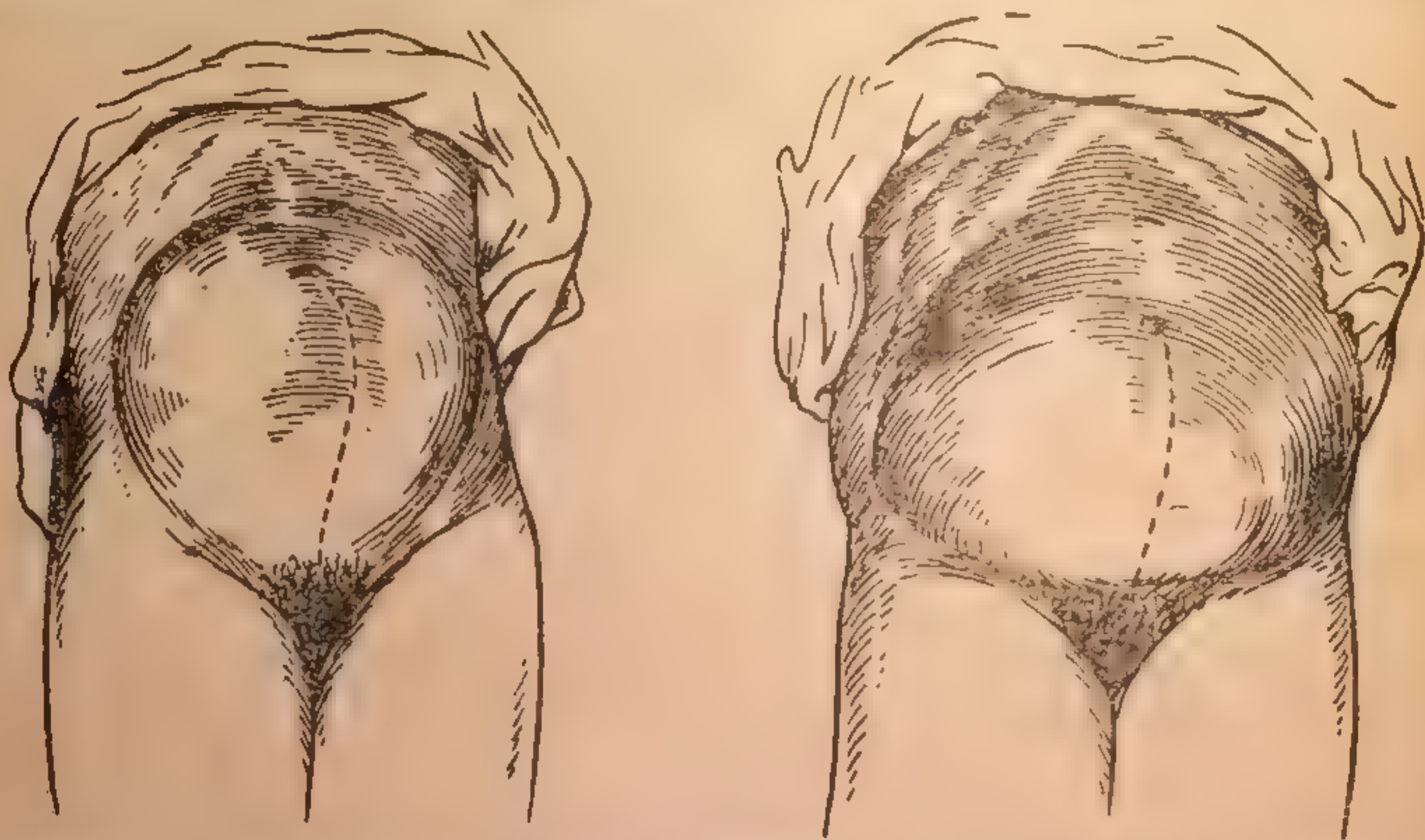


Рис. 1. Конфигурация живота при кистоме яичника (слева) и при асците (справа).

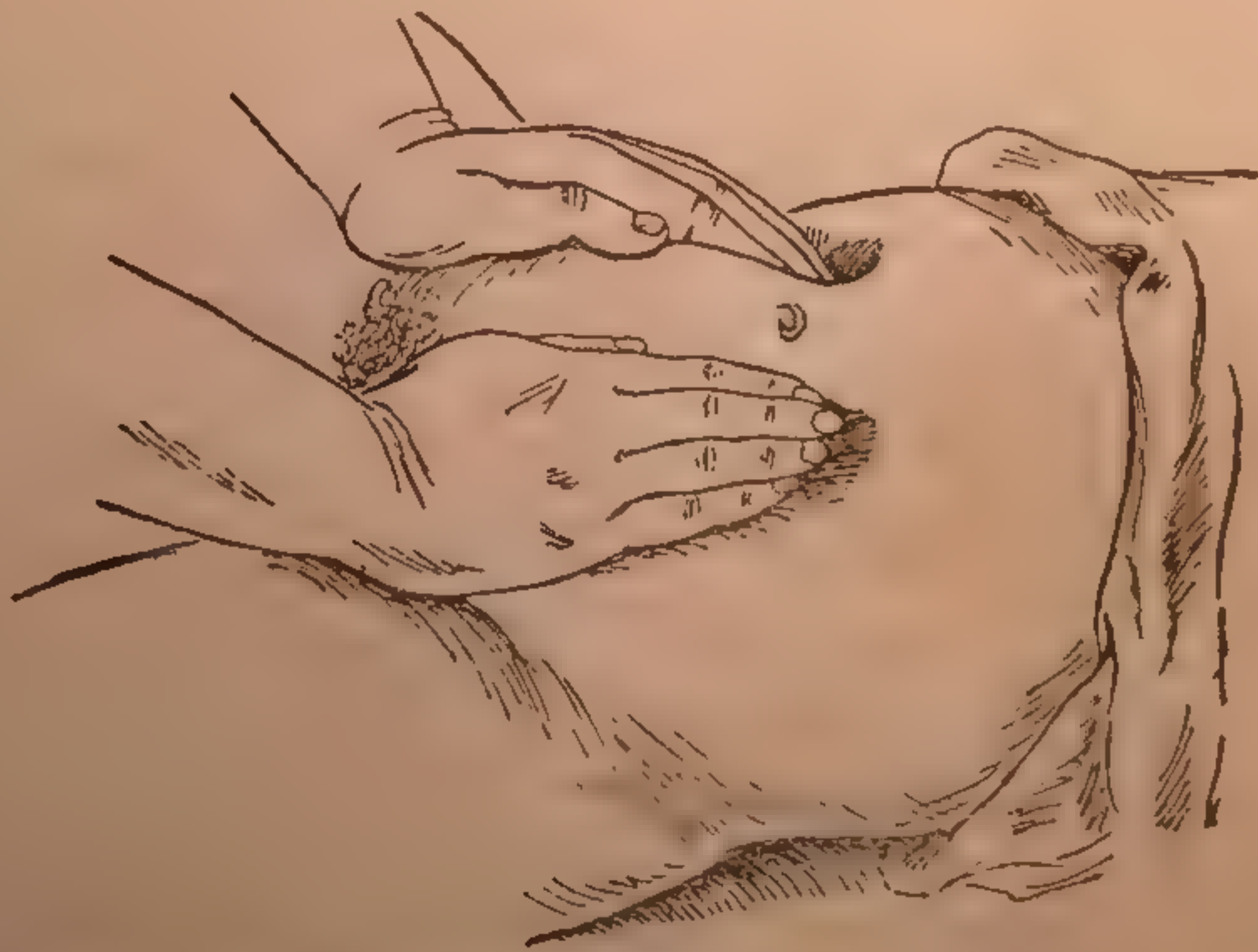


Рис. 2. Положение рук при пальпации живота.

пация начинается от подреберной дуги и постепенно распространяется вниз, до надлобковой области. При этом определяют болезненность и напряжение брюшной стенки, усиливающееся при надавливании пальцем («мышечная защита»), наличие в брюшной полости

затвердений, опухолей, воспалительных инфильтратов, свободной жидкости и т. п.

При обнаружении в брюшной полости опухоли необходимо постараться определить ее границы и выяснить, откуда она исходит — из верхней или нижней половины живота. В таких случаях мы пользуемся следующими дифференциально-диагностическими признаками. При опухоли, исходящей из верхней части живота: 1) нижний полюс опухоли обычно расположен выше лона; 2) кривизна нижнего полюса выпукла и обращена вниз; 3) амплитуда движений в стороны тем меньше, чем больше мы удаляемся от нижнего отдела живота, из полости малого таза. При опухоли, исходящей из нижней части живота: 1) нижний полюс опухоли находится в малом тазу или непосредственно над его входом; 2) кривизна опухоли выпукла и обращена вверх; 3) амплитуда движений опухоли тем меньше, чем больше мы удаляемся от верхнего его полюса вниз в направлении к малому тазу.

Далее изучается поверхность опухоли, которая может быть гладкой или бугристой. Консистенция опухоли бывает мягкая, тугоэластическая, плотная или твердая. Определяют, болезненна ли опухоль, а также другие ее свойства.

Для выявления асцита к двум боковым симметричным отделам живота плотно прикладываются правая и левая руки ладонными поверхностями. При наличии асцита или тонкостенной большой кистомы надавливание на живот или быстрый толчок одной рукой ощущается и другой. Одновременно с этим выясняют, нет ли симптома ballotирования опухоли: толчок, сообщенный ей одной рукой, отталкивает опухоль по направлению к другой руке, после чего опухоль возвращается к руке, давшей толчок. Этот симптом указывает на наличие в брюшной полости одновременно и опухоли, и асцита.

В случаях болезненного напряжения брюшной стенки («мышечная защита») выясняется его распространенность — локализация в одной какой-нибудь области, во всей нижней половине живота, во всем животе и степень выраженности. При обнаружении воспалительного инфильтрата определяют его контуры, распространенность, болезненность, отношение к брюшной стенке, спаянность кожи с инфильтратом и к стенкам таза и т. п. Во всех этих случаях проверяется симптом Щет-

кина-Блюмберга: наличие или отсутствие болезненности при надавливании пальцем на тот или иной участок брюшной стенки и резкая боль при отнятии пальца.

При ощупывании живота пальпирующий может ощутить трение париетальной брюшины о поверхность опухоли, имеющей капсулу, например, кистомы.

Выстукивание наравне с ощупыванием является одним из основных методов определения состояния органов брюшной полости. Значение этого метода здесь не меньше, чем при диагностике заболеваний грудной клетки.

Перкуссия живота проводится в положении больной на спине. Перкуссия может быть непосредственной, когда концевой фалангой указательного или среднего пальца производят короткие и несильные удары по брюшной стенке. При этом в случае наличия в перкутируемой области острого воспалительного процесса обычно получается резко выраженный болевой рефлекс.

Посредственная перкуссия производится ударами пальца о палец. При этом сила удара концентрируется не в одной определенной точке брюшной стенки, находящейся непосредственно под местом удара, а распределяется по всей площади, занятой плашмя положенным на нее пальцем, на которую направлен перкуSSIONный удар. Болевой рефлекс при этом выражен значительно слабее. Этим методом точнее и бережнее, чем при непосредственной перкуссии, определяются как болезненность, так и границы тупости. Поэтому предпочтительнее пользоваться посредственной перкуссией живота.

Перкуссия дает возможность выявить наличие в животе плотного, содержащего жидкость или полого образования, что определяется по характеру перкуторного звука (тон тимпанический или тупой — с различными оттенками). Тимпанический тон получается над кишечником и особенно выражен при метеоризме. В редких случаях он определяется и над воспалительным инфильтратом. В таких случаях речь может идти об инфекции, вызванной газообразующими микробами.

Тупой тон определяется над плотными и жидкими образованиями (воспалительные инфильтраты, новообразования, асцит, при наличии в брюшной полости крови или содержимого лопнувшей кистомы).

При наличии в брюшной полости плотного образования определяют его перкуторные контуры, которые при

перемене положения больной не смещаются или очень мало смещаются. При наличии в брюшной полости более или менее значительного количества свободной жидкости границы притупления и тимпанического звука смещаются в зависимости от положения исследуемой. Так, например, притупление, обнаруживающееся в отлогих местах живота, когда больная лежит на спине, проясняется при перемещении ее на противоположный бок. Однако надо иметь в виду, что при наличии в брюшной полости небольшого количества жидкости (особенно вязкой, как, например, кровь, псевдомуцинозное содержимое лопнувшей кистомы), равно как и при наличии осумкованных полостей, содержащих жидкость, этот симптом может быть выражен настолько слабо, что остается иногда незамеченным.

О наличии в брюшной полости жидкости говорит и зыбление, вызванное перкуссией: перкуторная волна, вызванная ударом пальца по животу, ощущается ладонной поверхностью второй руки, приложенной к противоположному его отделу. При значительно выраженном асците или при наличии гигантской тонкостенной кистомы перкуторная волна иногда видна даже на глаз.

Локализация плотного образования определяется по расположению перкуторных контуров в том или ином отделе живота, по их периметру (размеру по плоскости), силе перкуторного удара, необходимого для того, чтобы вызвать притупление тона или болезненность (размер по вертикали, т. е. расположение в глубине). При новообразованиях перкуторная граница ясно очерчена и совпадает с контурами опухоли; перкуссия не болезненна; перкуторная и пальпаторная границы совпадают.

При образовании воспалительного характера в острой и подострой стадии перкуссия болезненна в той или иной степени, в зависимости главным образом от стадии заболевания; перкуторная граница притупления расположена ниже пальпаторной границы припухлости.

Таким образом, при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости перкуссия живота дает возможность судить и о стадии процесса.

В случае обнаружения в брюшной полости воспалительного процесса необходимо выяснить, не вовлечена ли в процесс брюшина.

В распознавании начальных форм воспаления брюшины решающее значение мы придаем боли, искусственно вызываемой посредственной перкуссией живота. Перкутируется весь живот по вертикальным, горизонтальным и косым линиям от всего подреберья до лона, от одной боковой стенки живота к другой и от каждой верхнебоковой ее стенки к противоположным подвздошным об-

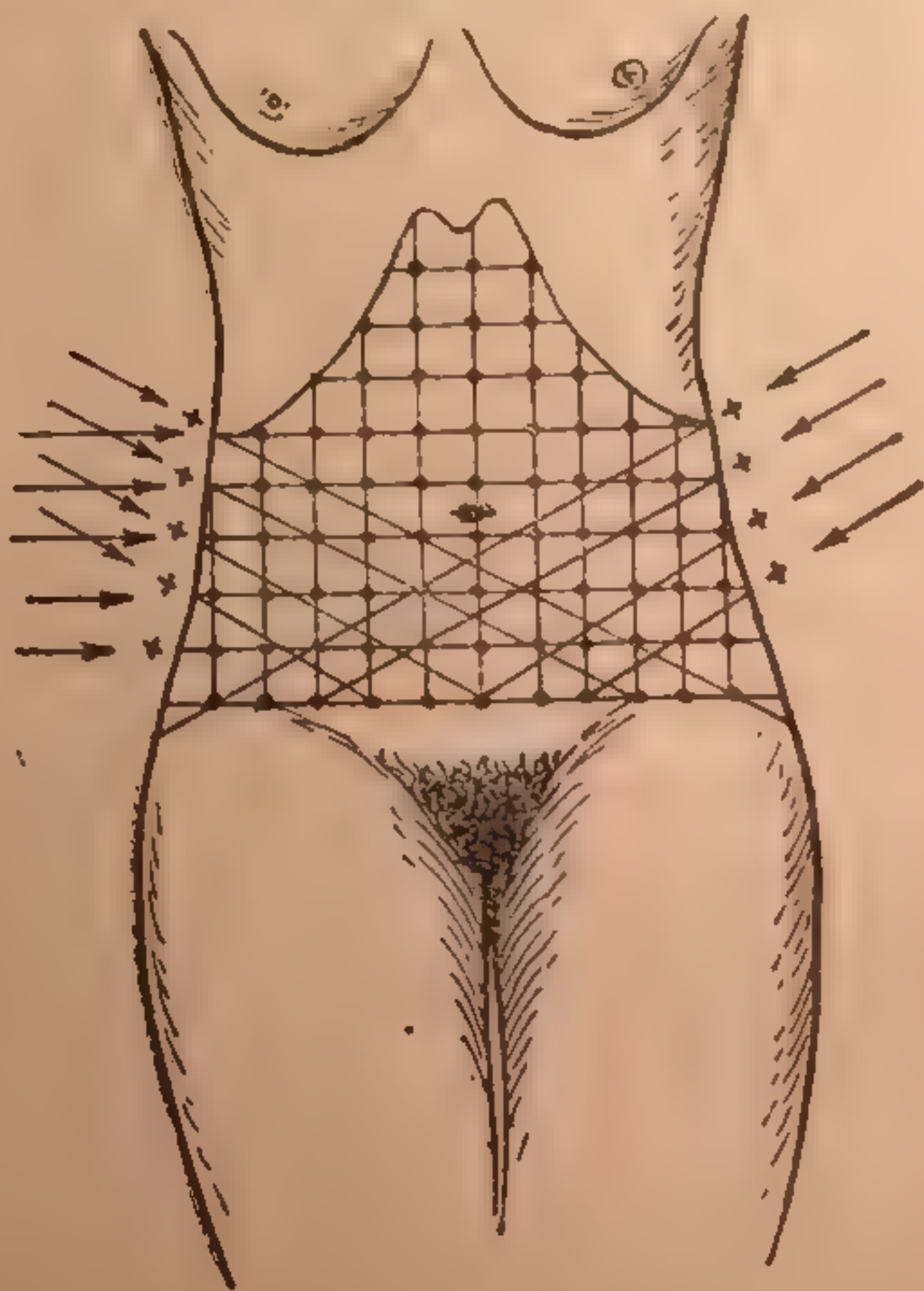


Рис. 3. Схема перкуссии живота. Точками обозначены перпендикулярные удары по передней брюшной стенке, крестиками — точки приложения боковых и косых ударов, стрелками — направление последних.

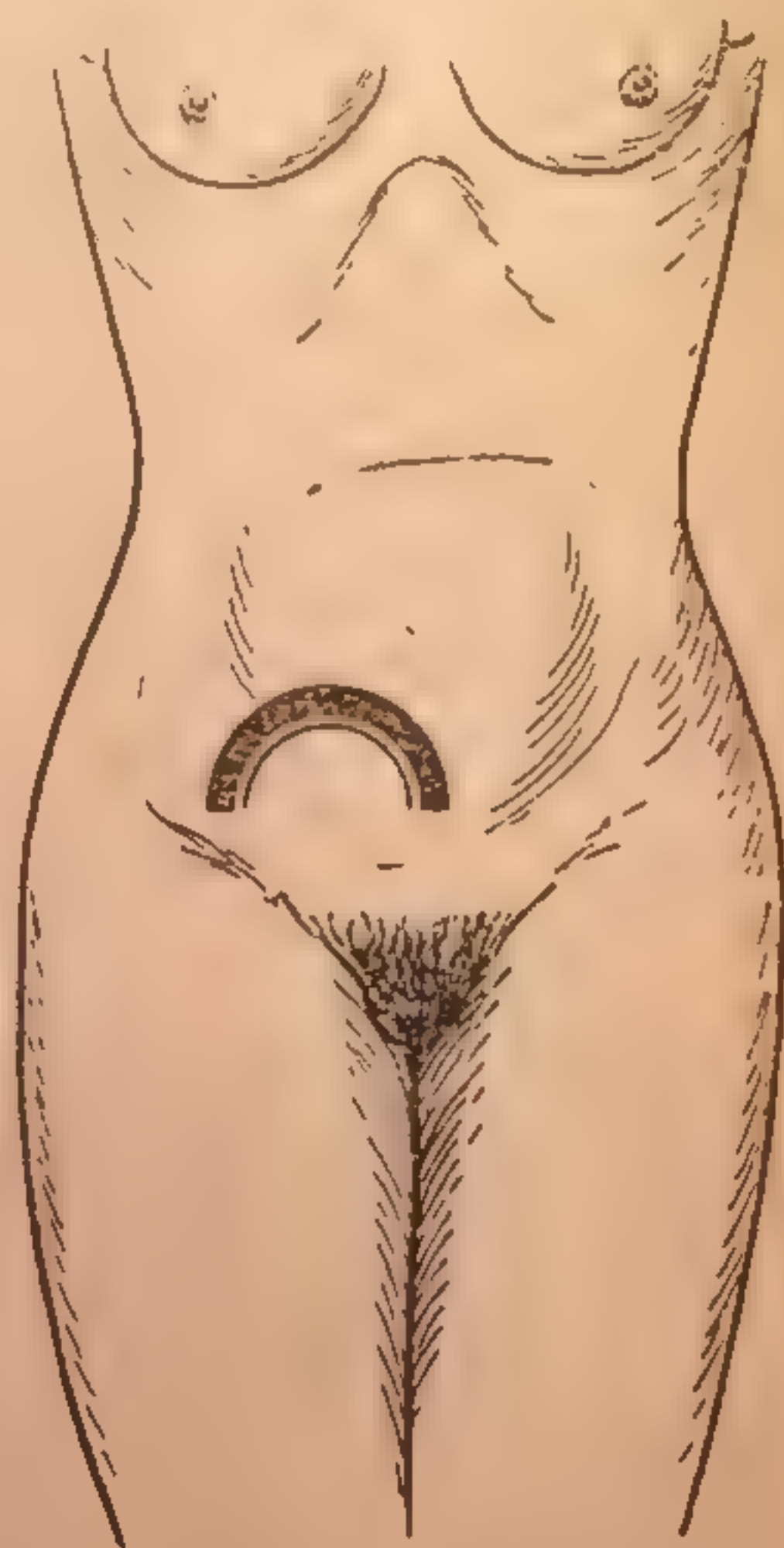


Рис. 4. Новообразование. Перкуторная граница тупости совпадает с пальпаторной границей припухлости.
— пальпаторная граница припухлости, — граница тупости.

ластям (рис. 3). Удару придают направление, перпендикулярное к перкутируемой точке, с таким расчетом, чтобы перкуторная волна проникла вглубь брюшной полости по направлению удара.

Этот феномен всегда позволяет почти безошибочно выявлять наличие воспалительной реакции со стороны брюшины там, где другие признаки, в том числе симптом Щеткина-Блюмберга, отрицательны или же появляются позднее. Метод перкуссии позволяет своевременно выявить начальные формы воспаления не только всей брюшины при разлитом перитоните или тазовой ее ча-

сти — при пельвеоперитоните, но и отдельных ее участков: периметрит, периаднексит, перитифлит и др., а также воспалительную реакцию брюшины, наблюдающуюся при наличии в брюшной полости крови или содержимого лопнувшей кисты.

Ценность симптома перкуторной болезненности возрастает в еще большей степени при его сопоставлении с



Рис. 5. Стойкое отграничение воспалительного очага от здоровых органов.

■ пальпаторная граница припухлости, ~ пальпаторная граница болезненности, — перкуторная граница тупости, — — — перкуторная граница болезненности.



Рис. 6. Подострое воспаление брюшины вокруг очага воспаления.

■ пальпаторная граница припухлости, ~ пальпаторная граница болезненности, — перкуторная граница тупости, — — — перкуторная граница болезненности.

перкуторной границей тупости и с пальпаторными данными: определением болезненности при давлении и прощупыванием контуров уплотнения в области воспаления. При таком сопоставлении возможно несколько вариантов.

1. Граница уплотнения, устанавливаемая при пальпации, и граница тупости, определяемая перкуссией, совпадают; болезненности в животе не отмечается ни при пальпации, ни при перкуссии. Такое состояние характерно для новообразований, исходящих из органов брюш-

ной полости и не сопровождающихся реактивными явлениями со стороны брюшины (рис. 4).

2. Перкуторная болезненность выражена ясно; верхняя ее граница совпадает с границей уплотнения или расположена на 1—2 см выше или ниже последней.

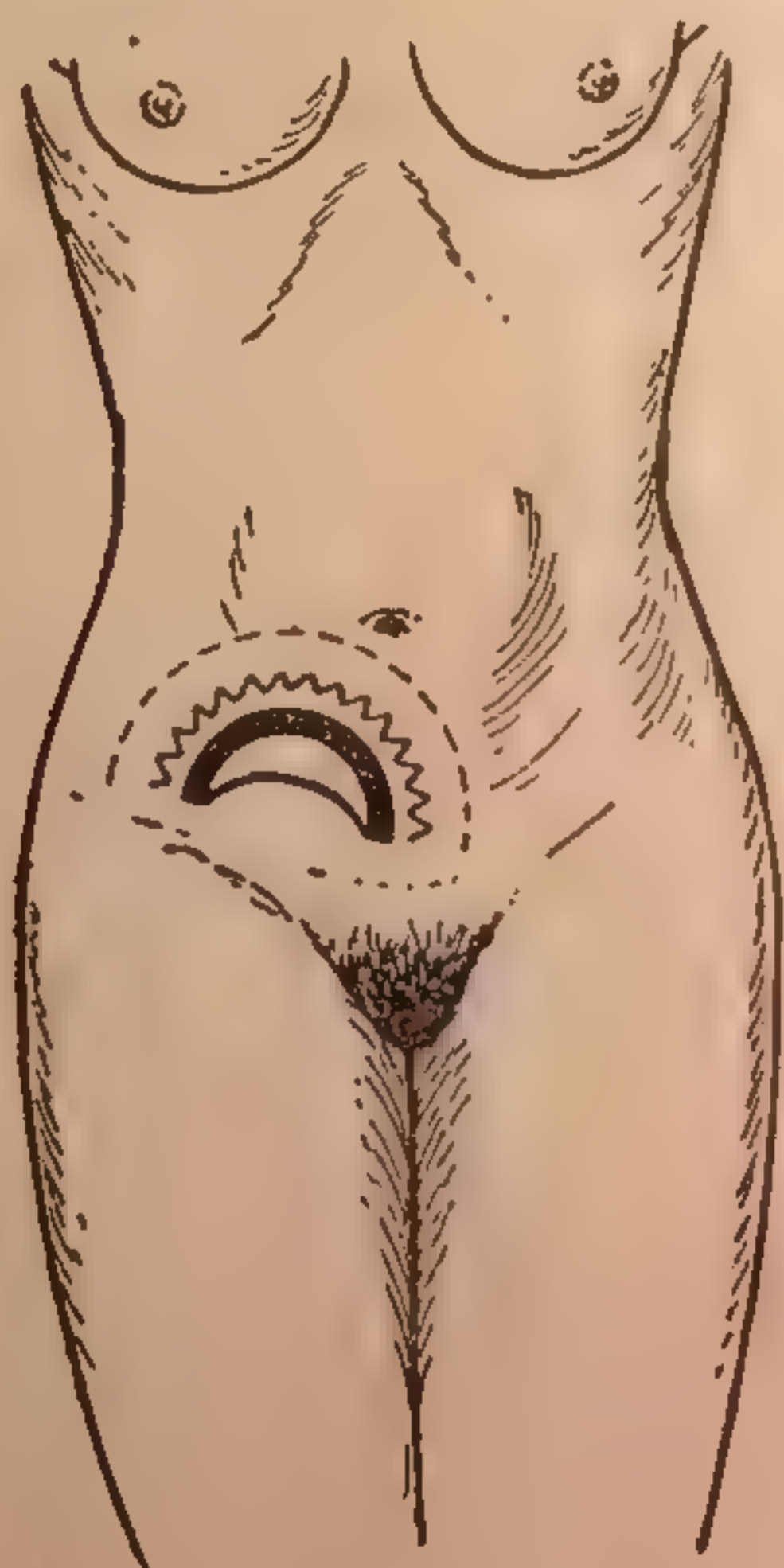


Рис. 7. Острое воспаление брюшины, покрывающей больной орган и прилегающие к нему органы.

— пальпаторная граница припухлости, ~~~~ пальпаторная граница болезненности, — перкуторная граница тупости, — — — перкуторная граница болезненности.

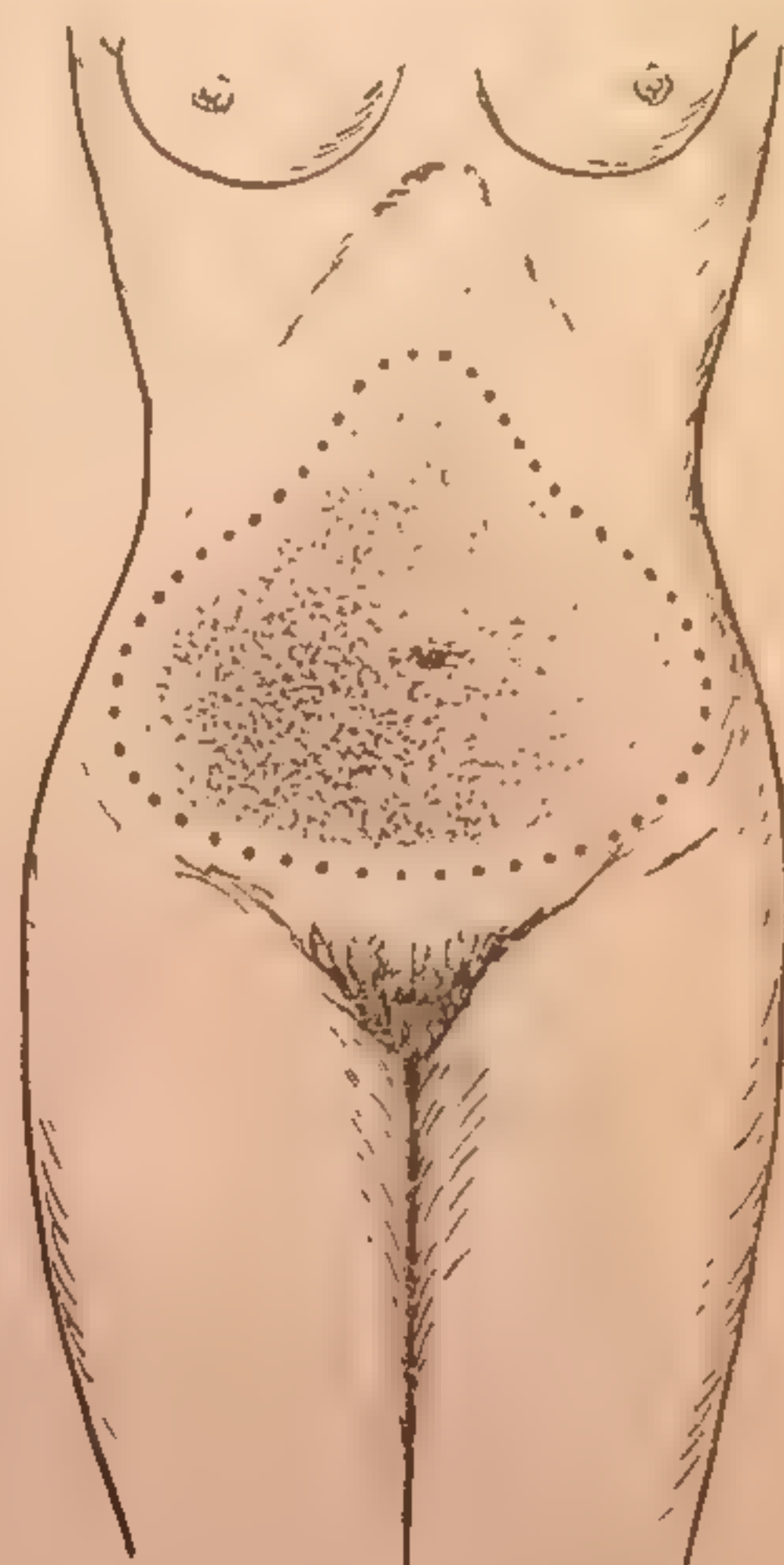


Рис. 8. Открытая форма прогрессирующего острого воспаления брюшины вокруг воспаленного органа (в стадии раздражения), которое распространяется на остальную брюшину.

Интенсивным пунктиром обозначена степень и область перкуторной болезненности.

Перкуторная граница тупости ниже пальпаторной границы припухлости, с которой совпадает граница пальпаторной болезненности. Такое состояние указывает на стойко отграниченное воспаление брюшины вокруг больного органа (рис. 5).

3. Пальпаторная граница припухлости расположена на 1—2 см ниже границы перкуторной болезненности, которая выражена интенсивно и распространяется вниз

до перкуторной границы тупости или даже ниже. Граница пальпаторной болезненности чаще всего расположена между границами уплотнения и перкуторной болезненности. Такое состояние указывает на не совсем еще стихший воспалительный процесс в брюшине, покрывающей больной и окружающие его органы — петли кишок, сальник и др., полностью или частично спаявшиеся вместе в общий конгломерат (рис. 6).

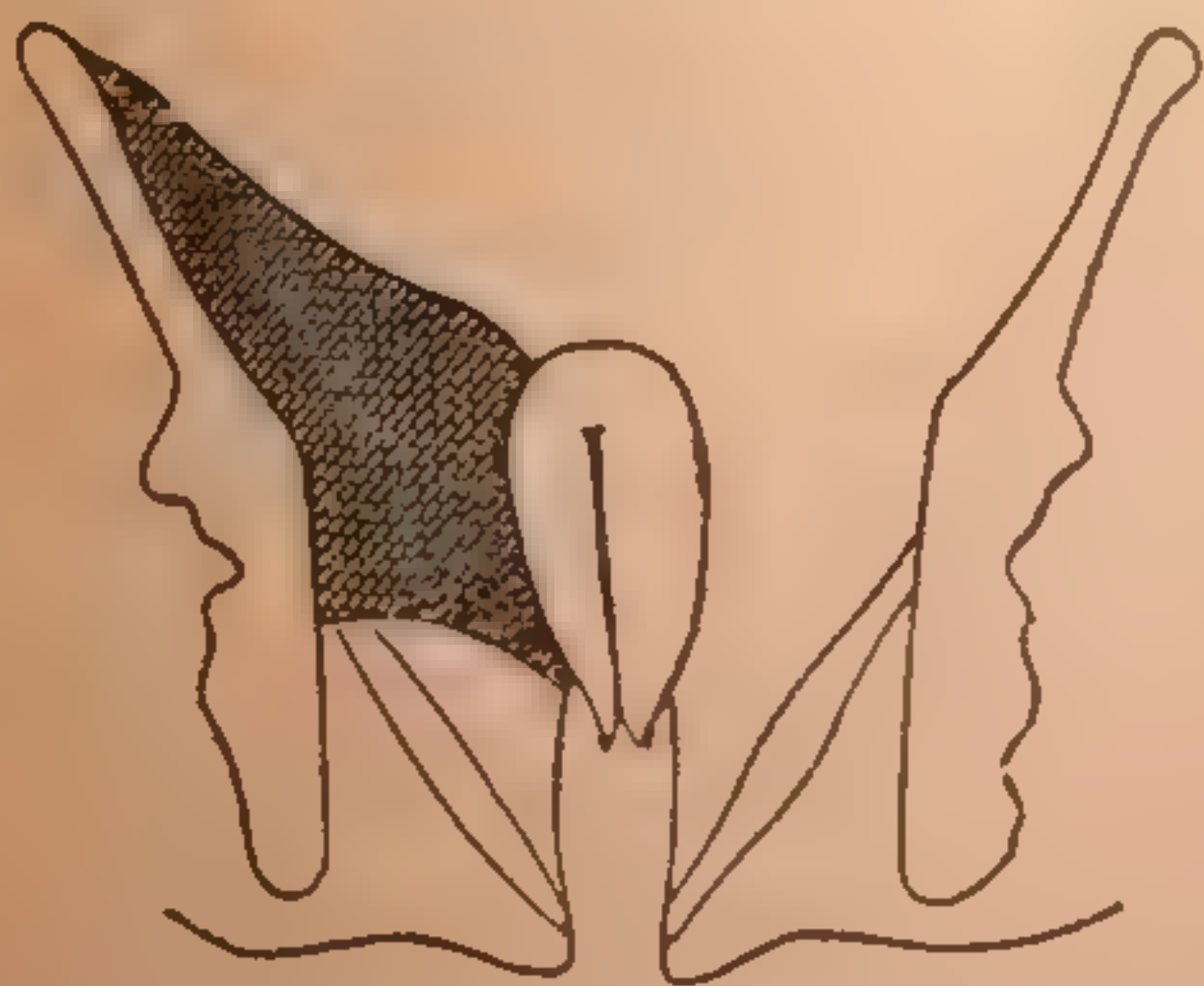


Рис. 9. Расположение экссудата при правостороннем параметрите (по Г. Г. Гентеру).

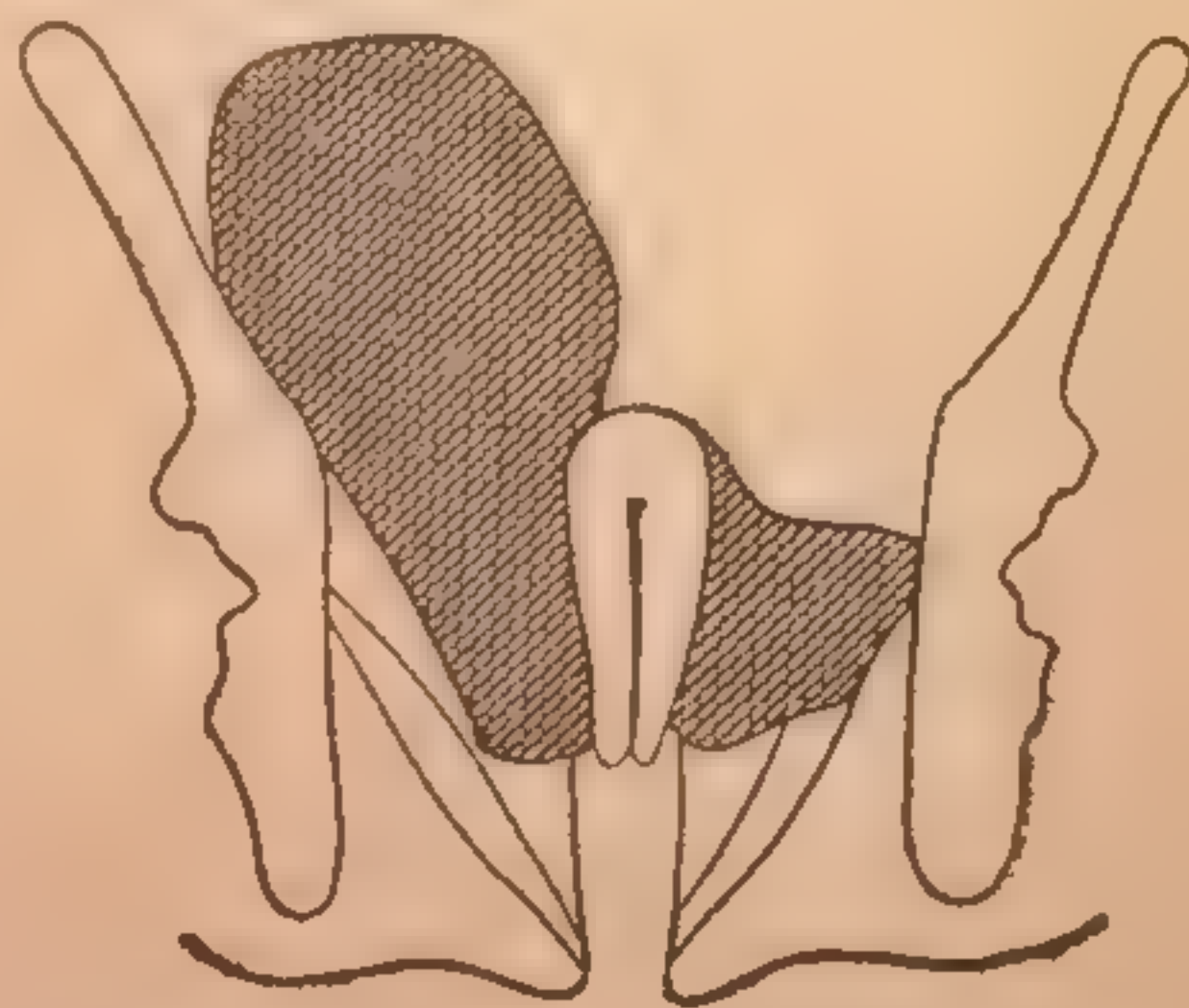


Рис. 10. Расположение экссудата при пельвеоперитоните (по Г. Г. Гентеру).

4. Верхняя граница перкуторной болезненности расположена выше пальпаторно определяемой границы припухлости более чем на 2 см, причем боль, вызываемая перкуссией, тем интенсивнее, чем ближе подходим к центру очага воспаления, определяемого пальпаторно (уплотнение и болезненность) и перкуторно (притупление и интенсивная болезненность). Граница тупости расположена значительно ниже границы припухлости. Такое состояние характерно для острого воспаления брюшины, покрывающей больной и прилегающие к нему органы (рис. 7).

5. Перкуторная болезненность выражена по всему животу или по большей его части, но интенсивность боли возрастает по мере приближения к очагу воспаления. Пальпаторные границы болезненности и припухлости не определяются, равно как нет и перкуторной границы тупости. Такое состояние наблюдается при остром воспалении брюшины, покрывающей больной орган, в так называемой «открытой стадии», т. е. когда очаг воспаления еще не отграничен от здоровых тканей, напри-

мер, при открытой стадии пельвеоперитонита с явлениями раздражения всей брюшины (рис. 8).

При поражении забрюшинной клетчатки, в частности, пристеночной, перкуссия передне-верхних остей подвздошных костей дает приглушение или полное притупление тона (Г. Г. Гентер) (рис. 9) в отличие от пельвеоперитонита, дающего ясный тимпанит (рис. 10): в первом случае экссудат спаян с костью, во втором — лишь частично касается ее.

В ы с л ы ш и в а н и е живота также следует использовать как один из методов исследования; пренебрежение им иногда приводит к грубым диагностическим ошибкам. Известны случаи, когда по этой причине производилось ненужное чревосечение и даже удаление беременной матки, ошибочно принятой за опухоль.

При помощи выслушивания определяют: 1) перистальтику кишечника — она резко выражена и сопровождается урчанием при полном или частичном завороте кишечника и понижена или даже полностью отсутствует при парезе кишечника, чаще всего на почве воспаления брюшины; 2) шум плеска при наличии жидкости в брюшной полости; исследующий при выслушивании производит толчок по животу рукой, вызывая в его полости быстрый ток жидкости, что воспринимается как плеск; 3) шумы, исходящие от плода во второй половине беременности: слышны сердечные тоны, звук от толчка, вызванного движением плода; 4) шум трения париетальной брюшины о поверхность опухоли, имеющей капсулу; 5) тоны материнских сосудов — аортальных, маточных во время беременности или при наличии большой фибромиомы матки; в этих случаях выслушивание производится над местом вступления в матку маточных сосудов, которое проецируется в подвздошных областях.

Само собой разумеется, что данные, получаемые каждым из перечисленных методов исследования, необходимо сопоставить между собой. Значение каждого из выявленных симптомов должно оцениваться в связи со всеми остальными. Так, например, если в животе определяется плотное подвижное образование и выраженный асцит, то скорее можно думать об опухоли, притом злокачественной, чем о воспалительном инфильтрате.

Исследование половых органов

Специальное гинекологическое исследование обычно начинают с ознакомления с состоянием органов брюшной полости при помощи ощупывания, выслушивания, о чем говорилось выше, и заканчивают влагалищным исследованием в той или иной модификации, с предварительным осмотром наружных половых органов. Кроме того, в различных случаях возникает необходимость в дополнительных исследованиях: рентгенографии, продувании труб (пертубации) и т. п.

При осмотре наружных половых органов устанавливают, нет ли смещения половой щели, наблюдающегося при гематомах вульвы, кистах бартолиновых желез и других заболеваниях; одинаково ли развиты большие и малые половые губы; нет ли недоразвития наружных половых органов, а также нет ли иных патологических состояний: гипертрофии одной или обеих малых губ, сморщенности или ороговения покровов, наличия дерматозов, гнойников, отека и т. п., или явлений раздражения — гиперемии, липкого налета гноя; насколько высока промежность и цела ли она; состояние заднепроходного отверстия; не опускаются ли не выпадают ли при натуживании стенки влагалища: передняя, задняя, обе вместе с мочевым пузырем (cystocele) или прямой кишкой (rectocele); не опущены ли шейка и тело матки.

После осмотра приступают к влагалищному исследованию.

Влагалищное исследование. Оно может производиться в следующих модификациях: одноручное влагалищное исследование, двуручное (влагалищно-брюшностеночное, прямокишечно-брюшностеночное, прямокишечно-влагалищно-брюшностеночное) и инструментальное.

Девственниц, равно как и женщин с непроходимостью половой щели, исследуют только прямокишечно-брюшностеночным путем.

Для успешного гинекологического исследования обязательно предварительное опорожнение мочевого пузыря и освобождение прямой кишки. Исследуемая должна быть уложена на специальное кресло или на операционный стол в так называемом «гинекологическом положении», т. е. на спине, с раздвинутыми ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах (рис. 11).

Во время менструации от влагалищного исследования лучше воздержаться, если в этом нет крайней необходимости, так как при этом не исключена возможность занесения в половой канал инфекции, для развития кото-



Рис. 11. Положение больной и врача при гинекологическом исследовании.

рой в это время имеются благоприятные условия. Кроме того, вследствие менструальной гиперемии увеличивается объем органов малого таза, особенно матки, меняется их консистенция, чувствительность, что может привести к диагностическим ошибкам, а находящаяся во влагалище кровь не дает возможности ознакомиться с характером обычных его выделений.

Исследование лучше всего производить правой рукой, одетой в тонкую резиновую перчатку, так как правая рука обычно лучше развита не только физически, но и в отношении тактильной чувствительности. Резиновая

перчатка удобна тем, что она легко и надежно обеззараживается обмыванием теплой водой с мылом и последующим погружением руки, одетой в перчатку, в дезинфицирующий раствор.

Для безболезненного и легкого исследования перчатке должна быть придана скользкость. Для этого лучше всего увлажнить ее вазелиновым стерильным маслом или пенящимся раствором мыла, которое безвредно для больной и легко смывается. Если исследование производится при наличии кровяных выделений из матки, то пользоваться в этих целях мылом нецелесообразно.

Врач становится между разведенными бедрами больной, ставит правую ногу на ступеньку кресла и опирается локтем правой руки на приподнятое колено своей правой ноги. При этом исследующая рука находится в покойном положении, а пальцы — в направлении, соответствующем изгибу внутренней поверхности крестца, что также представляет известные выгоды для точности исследования.

Одноручное исследование. Исследование начинают одним пальцем, в дальнейшем же производят двумя пальцами, если к этому нет особых противопоказаний: крайней узости влагалища, патологической болезненности при исследовании, иногда наблюдающейся у истерических женщин и т. п.

Можно утверждать, что правильно проведенное двухпальцевое исследование совершенно безболезненно даже для нерожавших женщин. В то же время оно дает возможность лучше и точнее ознакомиться с органами малого таза, даже высоко расположенными. Этому способствует не только большая «тактильная поверхность» при введении двух пальцев, но и длина среднего пальца, превосходящая у большинства людей длину указательного.

Левой рукой раздвигают половую щель и осматривают наружные отверстия: уретры, ходов Сkene, выводных протоков бартолиновых желез. Осматривают девственную плеву и определяют ее состояние: не нарушена ли она, какой она имеет вид, диаметр отверстия, особенности строения; при ее нарушении — характер надрывов (поверхностные, глубокие, свежие, старые).

После этого во влагалище вводят указательный па-

палец, обращенный ладонной поверхностью вверх, чтобы прижать уретру к лонному сочленению и выдавить ее содержимое наружу. В специальных целях, например, при подозрении на гоноррею, такой осмотр лучше произвести до опорожнения мочевого пузыря: в таких случаях после исследования уретры больной предлагают помочиться и затем производят исследование в обычном порядке. Отмечают характер отделяемого из уретры и скеневых ходов. Далее, поворачивают указательный палец ладонной его поверхностью вниз и в сторону, чтобы прощупать бартолиновы железы с той и другой стороны. Для этого снутри указательным, а снаружи большим пальцами сжимают толщу тканей в области нижней трети половой щели. Неизменные бартолиновы железы не прощупываются, но легко определяются при патологических состояниях (увеличение от размеров горошины до крупного грецкого ореха или даже куриного яйца, уплотнение, флюктуация, болезненность). Наконец, указательным пальцем, расположенным в нижнем отделе влагалища, сначала ладонной поверхностью вправо, а затем влево и несколько кзади надавливают на подлежащие ткани и одновременно быстрым скользящим движением выводят наружу (так, как это делают, когда хотят из струны извлечь звук). При этом легко определяются с каждой стороны *mm. levatores ani*, которые узнаются по их валикообразному виду и рефлексу от них (вздрагивание больной); отмечают степень развития каждой из мышц, их симметричность, высоту прикрепления к лобковой кости, выраженность рефлексов с той и другой стороны.

Затем, оттянув кзади промежность введенным во влагалище средним пальцем и определив ее податливость, вводят в образовавшийся в половой щели просвет и указательный палец и детально обследуют обоими пальцами весь рельеф малого таза. При этом особенно важно выяснить следующее.

1) Емкость влагалища. Если введенные два пальца плотно обхвачены стенками влагалища, то оно узкое; если они неплотно обхвачены и возможны легкие изменения их положения, влагалище средней емкости; если же введенные пальцы вовсе не обхвачены, вследствие чего можно ввести и третий палец, то влагалище широкое.

2) Аномалии развития (чрезмерно узкое и длинное влагалище, чрезмерно короткое, наличие перегородки — продольной, циркулярной, полной, частичной).

3) Состояние стенок влагалища: физиологическая складчатость (*columnae rugarum*) выражена ясно, слабо, отсутствует; наличие кистовидного, эластической консистенции выпячивания (киста влагалищной стенки, дивертикул мочевого пузыря); характер поверхности — гладкая, шероховатая, вызывающая ощущение, получаемое при поглаживании шагреновой кожи (*colpitis granulosa*), наличие свищевых ходов (углубления в стенке влагалища!), соединяющих влагалище с мочевыми путями или кишечником, и инфильтратов в стенке; подвижна ли слизистая влагалища над инфильтратом, состояние крестцово-подвздошных сочленений — не болезненны ли они, нет ли болезненной припухлости, представляющей собой воспаленную грушевидную мышцу (пириформит Вастена).

4) Архитектоника влагалищных сводов: симметричность правого и левого сводов (одинакова ли их глубина), переднего и заднего (в физиологических условиях задний свод глубже переднего); нет ли укорочения, уплотнения или даже выпячивания, а также болезненности какого-нибудь свода; нет ли во влагалище инородных тел (лекарственный тампон, противозачаточные средства и т. п.).

5) Состояние влагалищной части шейки матки. Определяют ее величину и объем с учетом возраста больной (атрофичная, нормально развитая, гипертрофированная); длину, высоту стояния (при нормальной длине шейки матки наружный зев находится на *linea interspinalis*), приподнятое расположение шейки (*elevatio uteri*) или опущение ее (*descensus uteri*), выход шейки матки за пределы влагалища (*prolapsus uteri incompletus*), выход наружу не только шейки, но и тела матки (*prolapsus uteri completus*); форму: коническая, цилиндрическая в норме, цилиндро-коническая, деформированная при опухоли, разрывах, рубцах и т. п., шаровидная при фиброме шейки матки, шеечной беременности, некоторых формах рака шейки матки; поверхность: гладкая в норме, бугристая при опухолях, бархатистая при эрозиях, неровная с эластическими выпячиваниями при ретенционных кисточках — *ovulae Nabothii*; конси-

стенция: обычная плотность, размягчена при беременности, отечна при остром воспалении, расстройстве кровообращения в малом тазу, чрезмерно плотна вследствие фиброзных процессов, хронического воспаления; подвижность — свободна в норме, ограниченная или отсутствует вследствие фиксации инфильтратом на почве воспаления или новообразования; болезненность при ощупывании и экскурсиях: отсутствует (в норме), выражена слабо или сильно (при подостром или остром воспалении самой шейки или окружающих ее органов и тканей, в частности, околошеечной клетчатки); состояние маточного зева: закрыт, открыт; шеечный канал проходим для пальца частично или на всем его протяжении; зев в виде точки, кружочка у нерожавших, поперечной щели — у рожавших, звездчатый — у многорожавших, с глубокими, свежими или старыми разрывами; куда он обращен: кзади (наиболее частый вариант), кпереди — к лону, находится по срединной линии или отклонен от нее; вся шейка в целом смещена в правую или в левую половину таза (обычно то или иное положение шейки связано с положением всей матки в целом).

Ощупыванием шейки матки заканчивается одноручное исследование. После этого врач, не выводя пальцев из влагалища, продолжает исследование уже двумя руками — одной через влагалище и другой через брюшные покровы.

Влагалищное (комбинированное) двуручное (бимануальное) исследование. Целью комбинированного двуручного исследования является возможно более детальное ознакомление с состоянием всего малого таза. Надо всегда помнить, что в полости малого таза могут обнаруживаться патологические процессы, исходящие не только из половых органов. Если врач об этом забывает, то возможны диагностические ошибки, например, за опухоль яичника принимают опустившуюся в малый таз почку, опухоли сальника, мочевого пузыря, кишечника.

Исследование матки. Начиная двуручное исследование, следует прежде всего ознакомиться с состоянием тела матки, занимающего в малом тазу центральное положение. Чтобы обнаружить тело матки, надо расположить два пальца правой руки в переднем своде, т. е. над шейкой, фиксируя последнюю. В то же время,

бережно надавливая на живот в надлобковой области ладонными поверхностями четырех пальцев левой руки и постепенно усиливая давление, приближают их к пальцам, находящимся во влагалище, которыми фиксирована шейка матки. Если брюшные стенки податливы хотя бы умеренно, а матка находится в положении *anteflexio-versio*, т. е. между шейкой и телом матки имеется угол,



Рис. 12. Положение рук врача при двуручном исследовании внутренних половых органов женщины.

открытый кпереди (*anteflexio*), а ось матки расположена впереди от оси таза (*anteversio*), то вся матка оказывается фиксированной между обеими руками исследующего и без особого труда может быть им изучена (рис. 12).

Если между пальцами обеих рук оказывается только брюшная стенка, переходят к следующему приему: наружная рука остается в прежнем положении, т. е. продолжает бережно, но по возможности глубоко давить на брюшную стенку в надлобковой области, пальцы же правой руки из переднего свода перемещают в задний. Сближая при этом обе руки, обнаруживают между ними тело матки. В таких случаях обычно имеет место загиб матки кзади (*retroflexio uteri*) (рис. 13).

Обнаружив тем или иным приемом всю матку, приступают к детальному ее изучению, целью которого является получение следующих данных.

Положение матки. Как определить *flexio* и *versio*, ясно из сказанного выше: при ретроверсии матки

шейка обращена к лону, тело — к крестцу; при *anteflexio-versio* шейка обращена кзади, а тело — кпереди, причем между телом и шейкой имеется угол, открытый кпереди: острый — при патологической антефлексии (*anteflexio uteri pathologica, seu hyperanteflexio uteri*) и тупой — при физиологической антефлексии. Прямой угол характерен для состояния, пограничного между физиологическим и патологическим. Если в лежащем положении больной

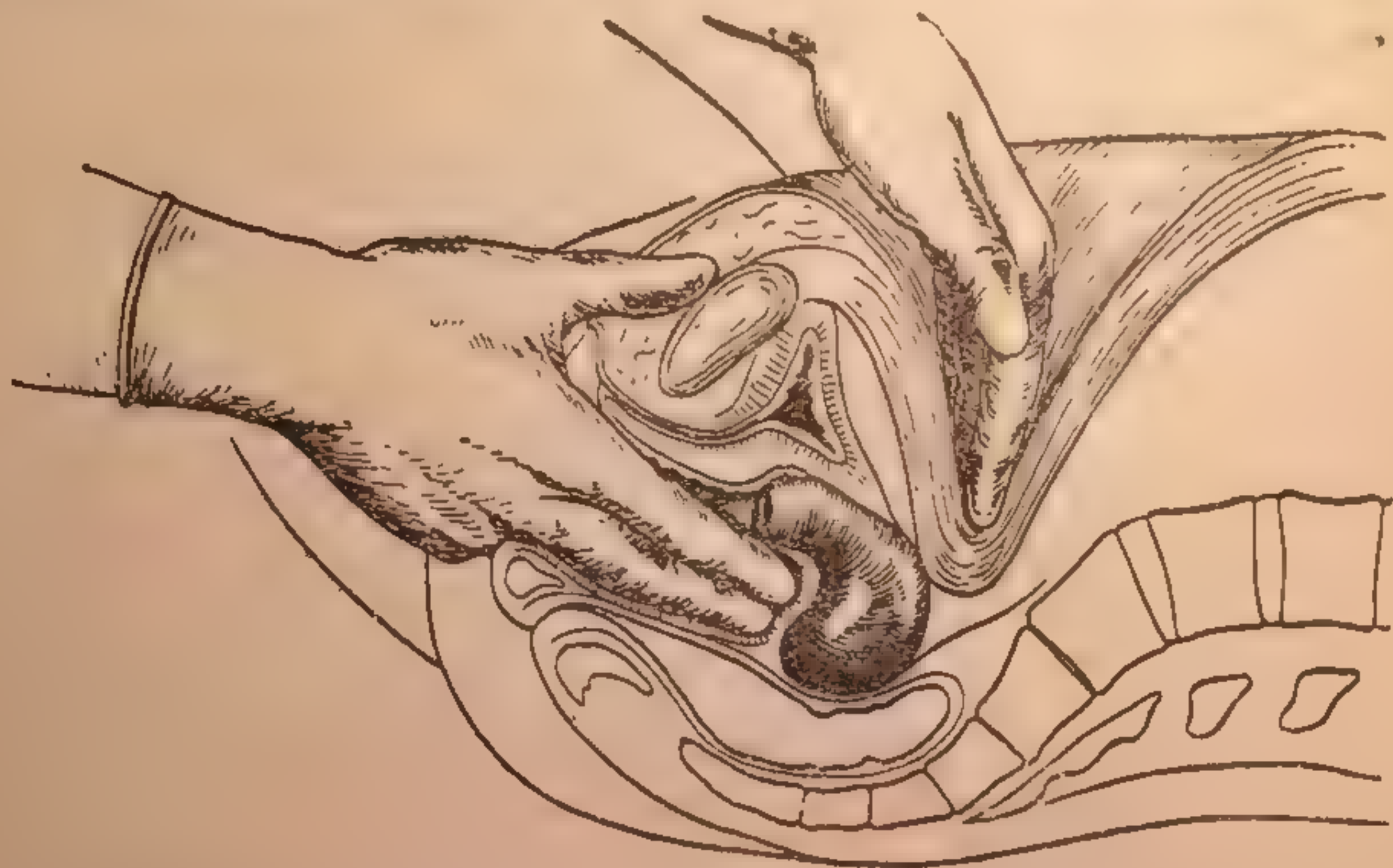


Рис. 13. Положение рук врача при определении ретрофлексированной матки.

шейка матки расположена горизонтально, а тело ее обращено кзади — говорят о ретрофлексии матки. О подвижной ретрофлексии (*retroflexio uteri mobile*) говорят в тех случаях, когда матка выводится в положение антефлексии и не сразу возвращается в первоначальное состояние. Фиксированной ретрофлексией (*retroflexio uteri fixata*) называют такое состояние, когда матку не удается перевести в положение антефлексии. Наконец, о полуфиксированной ретрофлексии (*retroflexio uteri hemifixata*) говорят в тех случаях, когда матку удастся перевести в положение антефлексии, но она принимает исходное положение, как только отнимают пальцы, удерживающие ее.

Далее, положение матки определяют по прочим данным, о которых говорилось выше, когда речь шла о положении шейки матки: *elevatio, descensus, prolapsus uteri*, по отношению наружного маточного зева к интерспинальной линии, *lateropositio, dextro- et sinistropositio*,

ante- et retropositio uteri — по смещению всей матки в ту или другую сторону от срединной линии таза и т. п. Естественно, встречаются и другие варианты, например, dextroversio uteri, когда шейка матки обращена влево, а тело — вправо, или комбинации различных положений, например, anteflexio-retroversio-sinistropositio uteri и т. п.

Подвижность матки выясняют обычно при определении ее положения, о чем уже говорилось выше.

Величина матки. Фиксируя матку между пальцами наружной и внутренней руки и пальпируя ее, как и другие органы малого таза (о пальпации последних речь будет впереди), мы получаем как бы стереоскопическую картину изучаемого органа. При этом тактильная чувствительность исследующего и способность его мысленно воссоздать правильную стереоскопическую картину в значительной степени определяют правильность представления о состоянии матки. Как показывает опыт, оба эти качества вырабатываются у врача при постоянной тренировке.

Нормальную матку в детородном возрасте сравнивают по величине с куриным яйцом; длина ее от наружного зева и до периметрия, покрывающего дно матки, равна 8—9 см, из которых 2—3 см приходятся на шейку, а 6 см — на тело. Матка может быть и меньше вследствие недоразвития, атрофических процессов в мышечном слое или же увеличена при беременности, опухоли, гипертрофии мышц. Нередко увеличение матки обусловлено перерастяжением ее полости патологическим содержимым, например, гноем при пиометре, кровью — при гематометре. Матка по своим размерам может быть эле определяемой при резком недоразвитии или при старческой атрофии или, наоборот, достигать больших размеров, заполняя всю брюшную полость и резко выпячивая брюшную стенку, например, при фибромиоме, при доношенной многоплодной беременности, гидрамнионе. Маленькая матка с пропорциональным соотношением длины тела и шейки наблюдается при гипопластических ее состояниях (uterus hypoplasticus).

Форму матки, ее тела, перешейка и шейки сравнивают в нормальных условиях с грушей, уплощенной спереди назад. В патологических и некоторых физиологических условиях, например, при беременности, форма

ее может изменяться. Она может стать шаровидной в первые недели беременности и при так называемой шаровидной миоме, седловидной — при пороках развития; деформированной, иногда причудливо, например, при множественной фибромиоме матки.

Заслуживает внимания также нарушение пропорции между шейкой и телом матки в сочетании с отклонением от нормы их абсолютных размеров: удлинение шейки матки при нормальных размерах тела (например, при *elongatio colli uteri*); отсутствие или почти полное отсутствие влагалищной части шейки матки при уменьшенных размерах тела при старческой атрофии матки; удлиненная, иногда хоботообразно, и заостренная, коническая шейка матки при небольших размерах ее тела — при недоразвитии матки (*uterus infantilis*).

Консистенция матки определяется по сравнению с консистенцией нормальной, небеременной матки. Различают «сочность» матки, например, при остром ее воспалении, «тестоватость» или «пастозность» при беременности в 12 недель и больше, тугую эластичность при гематометре, пиометре, плотность при фибромиоме и т. п.

В нормальном и небеременном состоянии поверхность матки гладкая. Небольшие мягковатые выпячивания определяются во время беременности и обычно соответствуют месту имплантации оплодотворенного яйца. Плотная бугристость характерна для фибромиомы матки, шероховатая поверхность с мелкими множественными просовидными узелками — для туберкулеза брюшины, покрывающей матку.

Болезненность матки. В физиологических условиях пальпация матки безболезненна; при беременности исследование может вызвать слабые схваткообразные боли. Выраженная болезненность при пальпации указывает на воспалительный процесс: резкая болезненность — в острой стадии, умеренная — в подострой, слабая — в хронической.

Исследование придатков матки. После детального ознакомления с состоянием матки приступают к исследованию ее придатков, т. е. труб, яичников и связочного аппарата.

Нормальные трубы прощупать трудно вследствие их мягкости и небольшого диаметра. Однако при подат-

ливости и небольшой толщине брюшных стенок и при хорошо развитой тактильной чувствительности у врача могут быть определены достаточно ясно даже неизмененные трубы. Патологически утолщенные или уплотненные трубы определяют обычно без особого труда.

Чтобы лучше прощупать трубы, нужно придерживаться следующей методики исследования. Ощупав дно матки, передвигают пальцы по направлению к ее углам (поочередно), т. е. к местам отхождения труб, которые здесь же и определяются. Найдя истмическую часть трубы, находящуюся в непосредственной близости от угла матки, перебирают ее между пальцами обеих рук, как шнур — сантиметр за сантиметром. При этом получают представление о длине и толщине трубы. Длинная, тонкая и безболезненная труба — признак ее недоразвития, толстая труба — признак воспалительного заболевания. Консистенция трубы плотная при воспалении мышечного слоя, при пиосальпинксе, туго-эластичная при гидросальпинксе, пастозная при трубной беременности. Форма ее может быть сосискообразная при пиосальпинксе, ретортообразная при гидросальпинксе, четкообразная при *salpingitis isthmica nodosa*, чаще всего туберкулезной этиологии. Может быть определена и подвижность трубы: полная подвижность — норма, неподвижность или ограниченная подвижность — при перисальпингите. Труба болезненна при воспалительном процессе, пульсирует при остром воспалении, при трубной беременности.

Постепенно следуя по трубе от угла матки до ампулярного конца, исследующие пальцы приходят к яичнику, который таким образом легко прощупывается (рис. 14). Он может находиться или сбоку от матки, что бывает реже, или книзу и в сторону от нее — наиболее часто. Определяют величину яичника: нормальный яичник приблизительно равен концевой фаланге большого пальца руки; при кистоме яичника он может достигать гигантских размеров. При исследовании яичников не следует забывать, что зрелый граафов фолликул или желтое тело в фазе расцвета может привести к временному незначительному их увеличению. Далее определяют форму яичника; она бывает округлая, миндалевидная, бесформенная (при новообразованиях); поверхность яичника: в норме она гладкая, бугристая при новообразованиях;

резко шероховатая поверхность — один из признаков туберкулеза; устанавливают консистенцию — обычная (норма); плотная — при злокачественной опухоли и атрофических процессах; тугая или мягкая эластичность — при ретенционных кистах. При обнаружении кистомы определяют наличие отдельных ее сегментов различной консистенции, что имеет место при многокамерных кистомах.



Рис. 14. Двуручное исследование левых придатков матки.

Далее определяют подвижность яичника: нормальная, ограниченная, отсутствие подвижности при воспалении окружающей брюшины, внутрисвязочном расположении опухоли; болезненность, которая в небольшой степени выражена и в норме; повышенная или резкая болезненность наблюдается при воспалениях преимущественно окружающей яичник брюшины.

Затем переходят к изучению связочного аппарата. В небеременном состоянии даже неизменные круглые маточные связки могут быть определены и прощупываются в виде плотных шнуров; при фибромиомах круглых связок (редкое заболевание) они представляются увеличенными, плотными и бугристыми. Во время

беременности нормальные круглые связки гипертрофируются и во второй половине легко прощупываются через брюшные покровы в нижнебоковых отделах матки.

Ознакомление с состоянием широких маточных связок ограничивается преимущественно исследованием их осевых связок. Воспаление параметральной клетчатки, расположенной между листками широких связок, ведет к уплотнению и сморщиванию кардинальных связок, что легко определяется при исследовании. Об остальных изменениях в широких маточных связках, как, например, о растянутости их листков, степени растяжения и т. п., легко догадаться по наличию различного рода смещений матки, по величине межсвязочно расположенных опухолей.

Исследование крестцово-маточных связок производится путем подведения пальцев под шейку матки и продвижения их как можно глубже. Если при этом приподнять матку пальцами, то крестцово-маточные связки более ясно ощутимы в области внутреннего зева. Обращают внимание на их длину; короткие, атрофичные связки могут быть как врожденными, так и приобретенными, например, в результате воспаления. Растяжимость связок определяется по тому, насколько удастся приподнять матку. Форма их в норме всеобразна, расходящаяся по направлению к крестцу; асимметрия связок образуется вследствие укорочения одной из них, связанного с воспалительным процессом на соответствующей стороне. Толщина связок может быть различной; утолщение, а тем более инфильтрация является результатом воспаления; болезненность, повышенная или резкая, чаще всего указывает на воспалительный процесс: умеренная чувствительность встречается и в норме.

После исследования придатков матки — труб, яичников, связок — следует обратить внимание и на влагалищные своды. Теперь их изучают более подробно, чем при одноручном исследовании, о котором говорилось выше. Своды в нормальных условиях безболезненны, вогнутость их обычно довольно выражена, обращена вверх; передний свод обычно короче заднего, правый и левый одинаковой глубины и одинаково просторны. Такое состояние принято обозначать условно термином «свободные своды». При некоторых гинекологических заболеваниях один или несколько сводов меняют свою

обычную форму вследствие наличия в малом тазу воспалительных инфильтратов, новообразований или свободной жидкости: асцитической жидкости, крови, гноя. В таких случаях свод укорачивается, «сморщивается», уплотняется, выпячивается, обращаясь выпуклостью вниз; изменяется и чувствительность сводов от незначительной до резкой болезненности.

О характере патологического процесса, вызвавшего изменения в сводах, можно судить по консистенции содержимого малого таза, прощупываемого через них: плотная консистенция указывает на воспалительную инфильтрацию, новообразование; флюктуация — на наличие гноя, выпота и т. п. Неподвижность влагалищной стенки и наличие уплотнения под ней указывают на воспаление соответствующего отдела клетчатки.

По локализации патологического процесса в малом тазу можно судить и о пораженных органах. Например, наличие флюктуирующего образования округлой формы, расположенного за маткой, указывает на пельвеоперитонит, уплотнение в области крестцово-маточных связок — на *parametritis posterior* и т. п.

Нередко через своды, особенно боковые и задний, прощупываются тяжи различной толщины и плотности, вплоть до мозолистой. Эти образования, являющиеся остатками перенесенного периметрита (тонкие тяжи) или параметрита (плотные и массивные), нарушают топографию органов малого таза и вызывают, в частности, различного рода смещения матки. При этом матка всегда смещается в ту сторону, где в прошлом имел место воспалительный процесс.

Влагалищно-брюшностеночное исследование заканчивается осмотром выделений, остающихся на пальцах после их выведения из влагалища. При этом сравнивают характер выделений, обнаруженных до и после исследования, и определяют, нет ли различия между ними. Кровяная окраска выделений, равно как и появление чистой крови, отсутствовавших до исследования, позволяют заподозрить полип, эрозию шейки матки, раковое поражение половых органов и другие патологические процессы; появление после исследования обильного количества гноя, если до исследования этого не было, говорит за скопление гноя в полости матки (пиометра) и т. п.

Исследование через прямую кишку. В тех случаях, когда исследование через влагалище не может быть произведено, например, у девственниц, при аплазии влагалища, резком его стенозе, а также когда возникает необходимость в детальном ознакомлении с крестцово-маточными связками, задней стенкой матки, рельефом крестца, пристеночной клетчаткой и т. п., прибе-

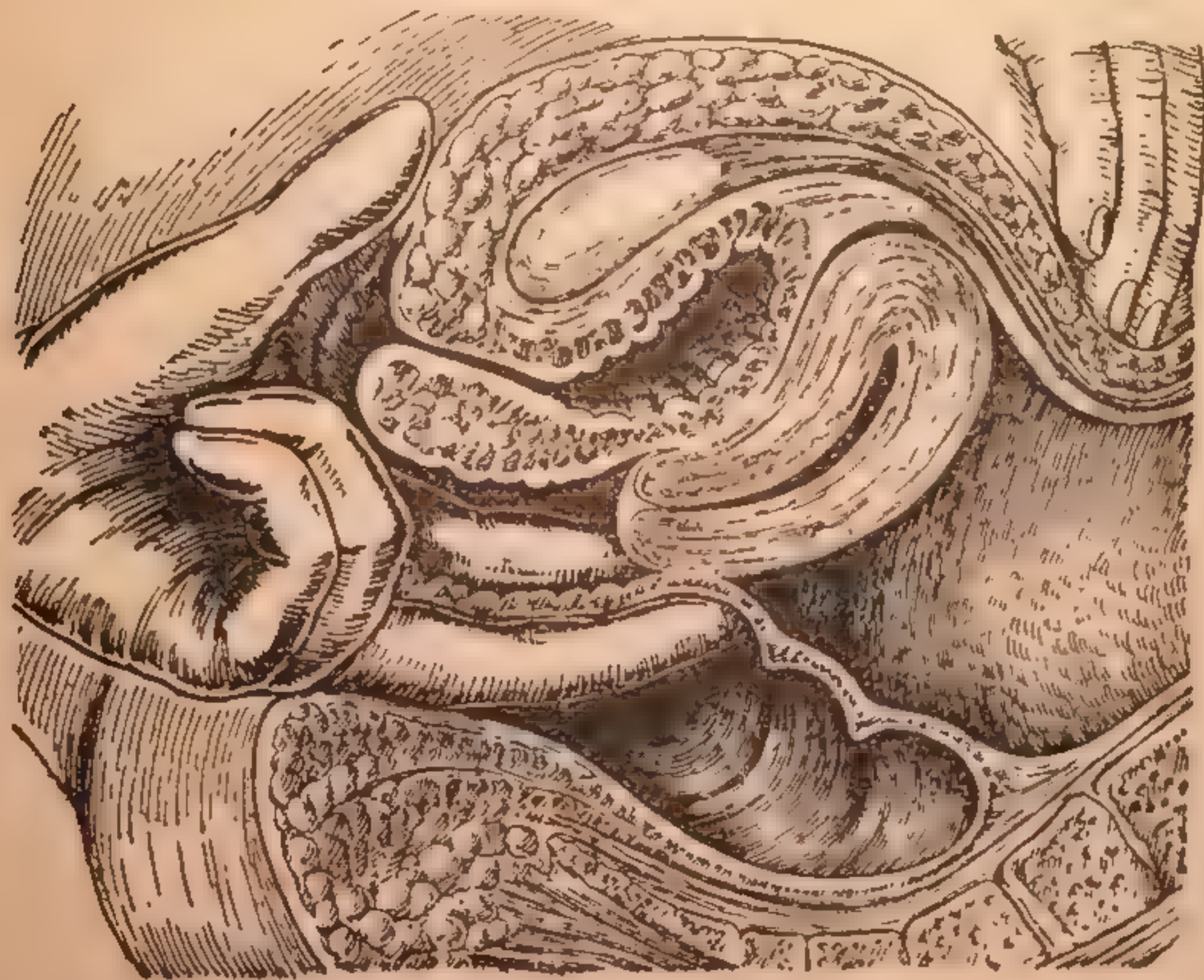


Рис. 15. Прямокишечно-влагалищно-брюшностеночное исследование половых органов женщины

гают к прямокишечно-брюшностеночному исследованию. Этот метод при некотором навыке дает достаточно ясное представление о состоянии органов малого таза. Кроме того, он существенно дополняет данные, полученные при влагалищно-брюшностеночном исследовании.

Исследование через прямую кишку производится следующим образом: на указательный палец правой руки поверх резиновой перчатки надевают тонкий резиновый напальчник, обильно смазанный вазелином, и осторожно вводят его в прямую кишку. Больную при этом просят несколько натужиться. В остальном методика та же, что и при влагалищно-брюшностеночном исследовании.

В ряде случаев возникает необходимость в сложном комбинированном, прямокишечно-влагалищно-брюшностеночном исследовании. С этой целью в прямую кишку вводят средний, а во влагалище — указательный палец

правой руки. Сближая их с пальцами левой руки, надавливающими на нижнюю часть живота через его покровы, получают ясное представление о состоянии органов малого таза. Этот метод, рекомендованный А. И. Лебедевым и Д. О. Оттом, особенно ценен в тех случаях, когда патологический процесс локализуется в клетчатке, расположенной между прилегающими друг к другу стенками влагалища и прямой кишки (рис. 15).

Нельзя также забывать, что прямая кишка занимает одно из первых мест по частоте локализации раковой опухоли. Поэтому каждое гинекологическое исследование, если оно производится у женщины старше 35 лет, должно включать и профилактическое пальцевое обследование прямой кишки.

В. Исследование больной с помощью инструментов

Исследование при помощи влагалищных зеркал. Обычное, повседневно производимое гинекологическое исследование не может считаться законченным до тех пор, пока влагалище и влагалищная часть шейки матки не будут осмотрены зеркалами. Такое исследование является абсолютно необходимым, так как даже опытный врач с высокоразвитой тактильной чувствительностью пальцев не всегда может обнаружить такие патологические изменения стенок влагалища и шейки матки, как эрозии, полипы, влагалищные кисты мягко-эластической консистенции и другие, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. Так, можно не заметить начальные формы рака шейки матки и влагалища, узелки хорион-эпителиомы. Осмотр производят при помощи специальных зеркал. Вводят зеркала при положении больной на гинекологическом кресле.

Большое количество различных модификаций гинекологических зеркал, предназначенных для осмотра стенок влагалища и влагалищной части шейки матки, могут быть разделены на следующие группы: 1) цилиндрические, 2) пластинчатые, 3) ложкаобразные и 4) створчатые.

Цилиндрические зеркала различных диаметров изготавливаются из стекла молочного цвета. Они имеют косой срез на одном конце и раструб на противоположном. Перед введением во влагалище их смазы-

вают вазелином. Во влагалище их вводят осторожными вращательными движениями до тех пор, пока в просвет зеркала не вставится шейка матки (рис. 16). При этом можно осмотреть шейку матки, видимую часть шеечного канала, а при постепенном выведении зеркала — и стенку влагалища на всем их протяжении. Зеркала эти особенно удобны для выполнения некоторых лечебных процедур. Ими пользуются, например, для влагалищных лекарственных ванночек, для введения грязевых тампонов. В практической деятельности врача они имеют ограниченное применение.

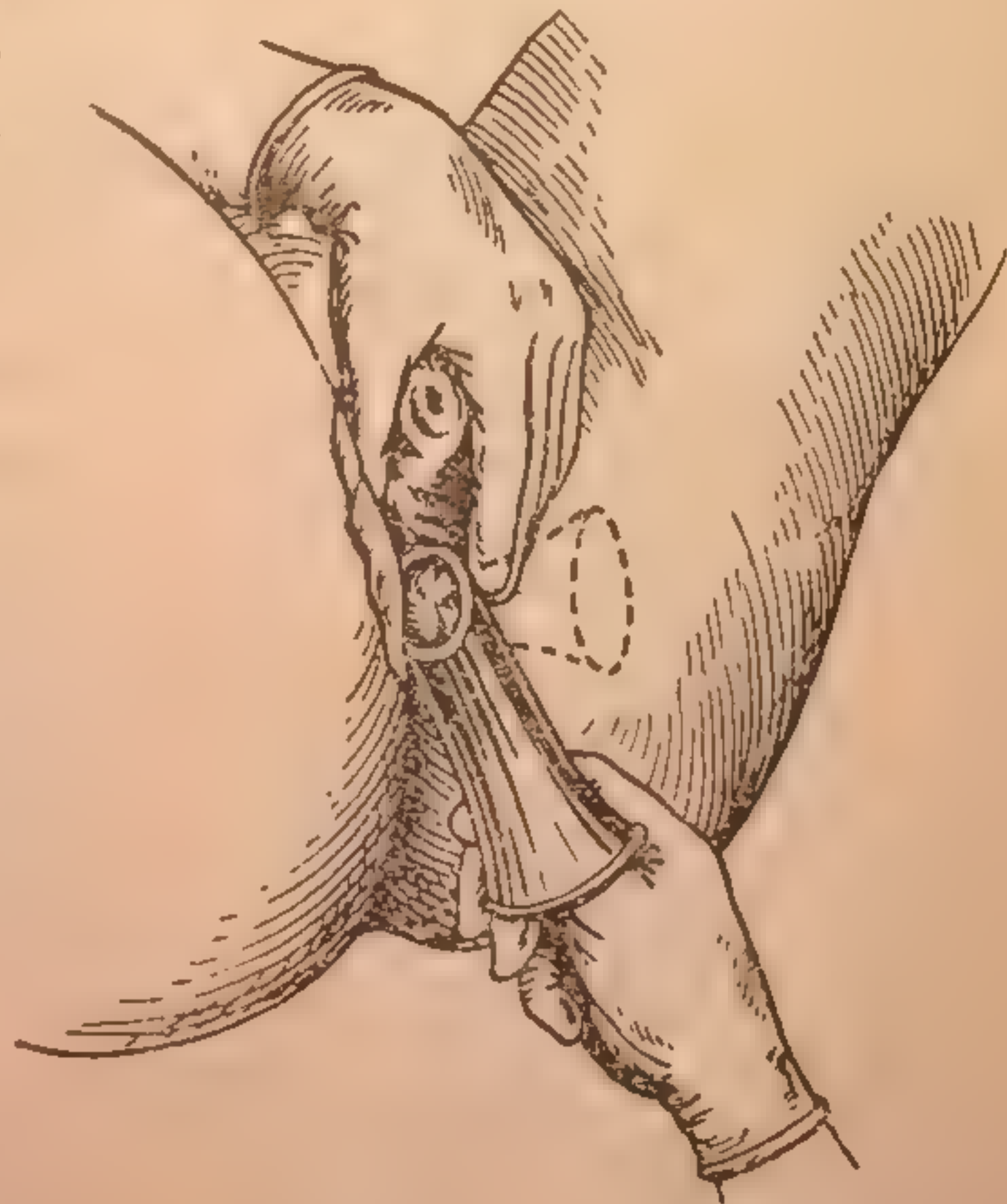


Рис. 16. Введение во влагалище цилиндрического зеркала.

П л а с т и н ч а т ы е зеркала изготавливаются из нержавеющей стали. В наборе всегда должно быть не менее 2—3 пар таких зеркал различных размеров: малые — для нерожавших женщин, средние — для рожавших, большие — для многорожавших, с широким влагалищем и опущением его стенок. Они легко вводятся во влагалище. Врач берет в правую руку одно из зеркал и, раздвигая левой рукой малые половые губы, вводит пластинку зеркала во влагалище, располагая ее плоскостью несколько косо от линии половой щели. Продвигая пластинку вглубь и при этом спуская рукоятку зеркала книзу, подводят ее под шейку матки. Приподняв теперь переднюю стенку влагалища пластинкой второго зеркала, введенного в открывшийся просвет влагалища, обнажают как шейку матки, так и все влагалище, делая их доступными для осмотра.

При очень широком влагалище и при отсутствии в наборе зеркал большого размера целесообразно намотать на указательный и средний пальцы левой руки слой марли, чтобы они не скользили. Эти пальцы вводят вглубь влагалища и, надавливая на заднюю стенку, делают ими движение по направлению к себе. При этом значитель-

ная часть задней стенки влагалища выводится наружу, а шейка матки приближается к влагалищному входу. Подведя теперь пластинку под концы введенных во влагалище пальцев, удастся без особого труда обнажить шейку матки.

Пластинчатыми зеркалами легко обнаруживается

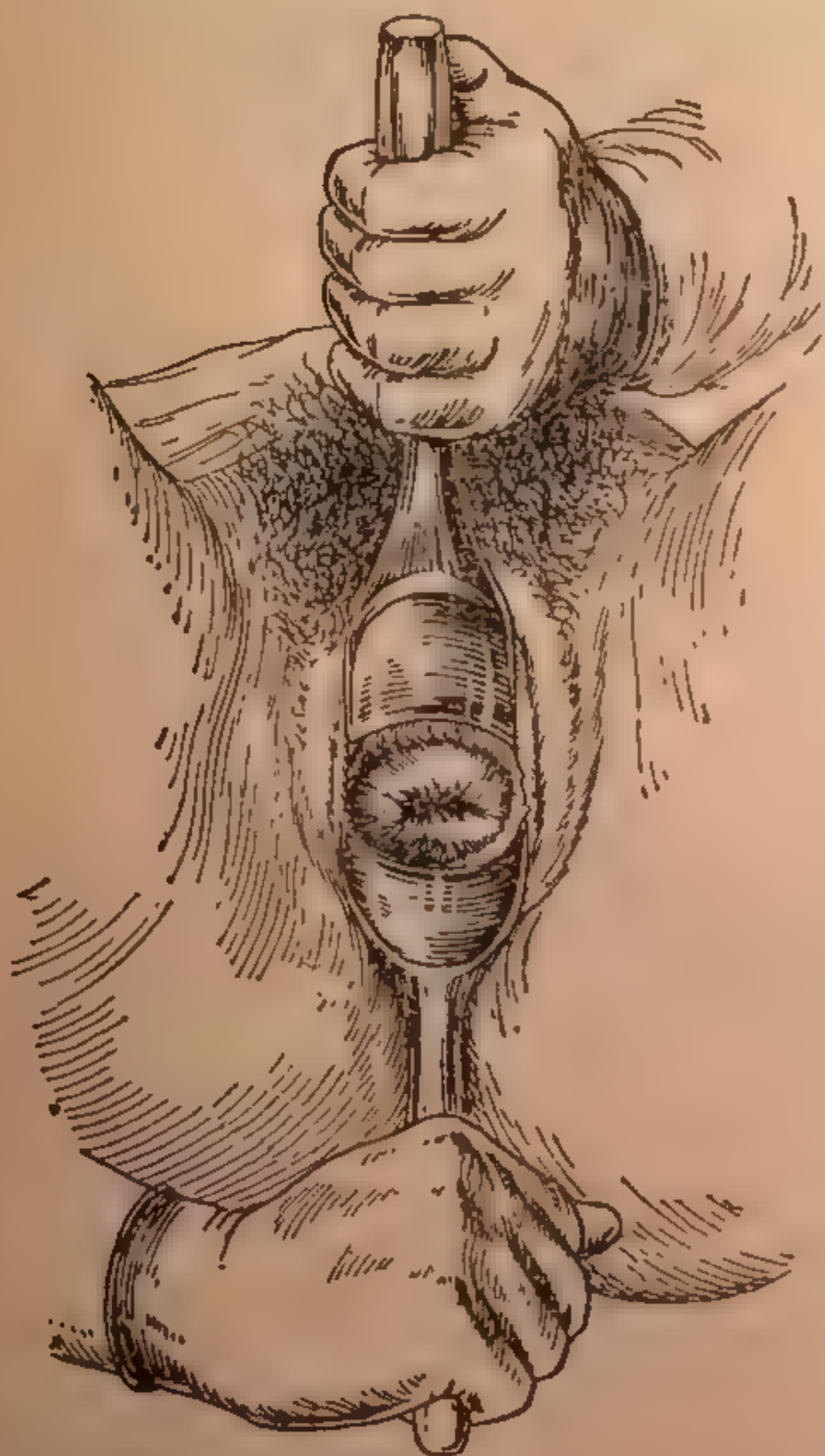


Рис. 17. Осмотр шейки матки с помощью ложкообразных зеркал.

шейка матки, которая становится доступной для выполнения влагалищных манипуляций. Это является их большим достоинством. Однако поскольку при этом у врача заняты обе руки, ему всегда нужен помощник.

Л о ж к о о б р а з н ы е зеркала отличаются от пластинчатых только формой пластинки: она ложкообразно вогнута. Методика введения их во влагалище такая же, как и введения пластинчатых зеркал. Они применяются обычно в комбинации: ложкообразное зеркало — как задняя ложка, пластинчатое — как передняя («подъемник») или боковая («боковик») (рис. 17).

Створчатые зеркала не так удобны для различных влагалищных манипуляций, как ложкообразные

и пластинчатые. Все же ими можно выполнить манипуляции, наиболее часто применяемые в поликлинических условиях: взятие мазков из шеечного канала или из влагалищных сводов, смазывание («прижигание») шеечных эрозий лекарственными веществами, введение во влагалище тампонов и т. п. Створчатые зеркала имеют то большое преимущество, что они являются самодержащимися и при применении их не требуется помощника. Модификаций створчатых зеркал предложено очень много. Наибольшее распространение имеет модель Куско (рис. 18).

Перед введением створчатого зеркала во влагалище смазывают наружные поверхности пластинок вазелином. Раздвинув левой рукой половые губы и установив «клюв» зеркала вдоль половой щели, бережно вводят его вглубь влагалища, надавливая им на промежность и постепенно переводя рукоятку кпереди. Раздвигая и сдвигая пластинки, что достигается сжиманием и разжиманием их рукоятки, и в то же время то вводя зеркало вглубь, то выводя его несколько наружу, обнаруживают шейку матки и фиксируют зеркало в этом положении винтом. Осмотрев шейку матки и боковые стенки влагалища, развинчивают замок и пластинки зеркала осторожно переводят в стороны. Постепенно выводя зеркало наружу и одновременно приоткрывая его, осматривают переднюю и заднюю стенки влагалища.

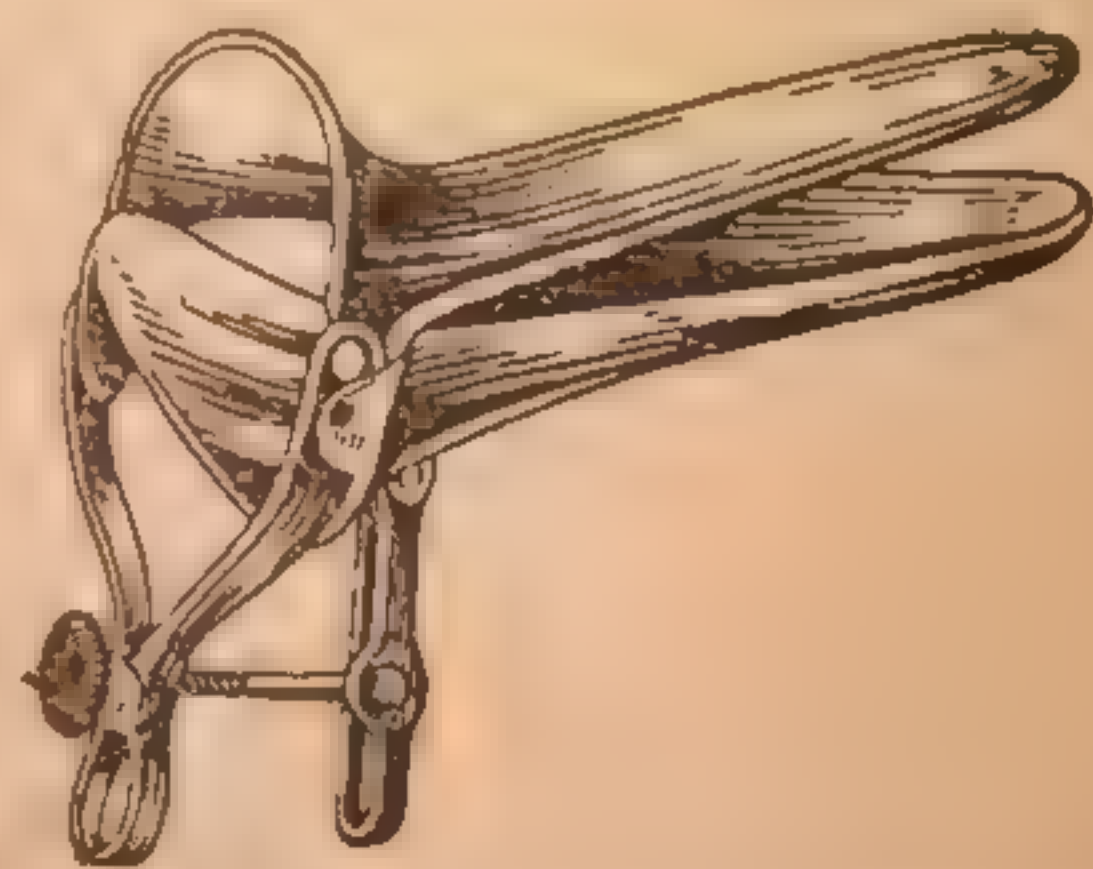


Рис. 18. Створчатое зеркало.

При известном навыке, который легко приобретается, пользование створчатыми зеркалами очень удобно и практично.

Зондирование матки. К зондированию прибегают в тех случаях, когда нужно уточнить данные, полученные при двуручном гинекологическом исследовании. Маточный зонд изготавливается из гнувшегося металла, длина его 25 см, диаметр — 3 мм. Вершина зонда закруглена в виде пуговки. На расстоянии 7 см от пуговки зонд образует тупой угол. На этом месте, обозначающем длину полости нормальной матки у молодой женщины, на зонде имеется небольшое утолщение.

Зондирование матки производят, чтобы установить положение и направление полости матки, ее длину, а также характер рельефа эндометрия.

Зондирование матки является небезопасным вмешательством, а потому его следует производить лишь в тех случаях, когда это вызывается действительной необходимостью.

Зондирование противопоказано при подозрении на беременность, маточную или внематочную, а тем более при установлении беременности и при наличии острого или подострого воспалительного процесса в половых органах.

Зондирование должно производиться лишь при обследовании больной в стационаре с соблюдением строгой асептики и антисептики.

Перед кипячением зонда ему придают изгиб, соответствующий кривизне матки, подлежащей зондированию. Эту кривизну ориентировочно определяют предварительным двуручным исследованием, которое всегда должно предшествовать зондированию.

Больную укладывают в положении для гинекологического исследования. После обработки наружных поло-

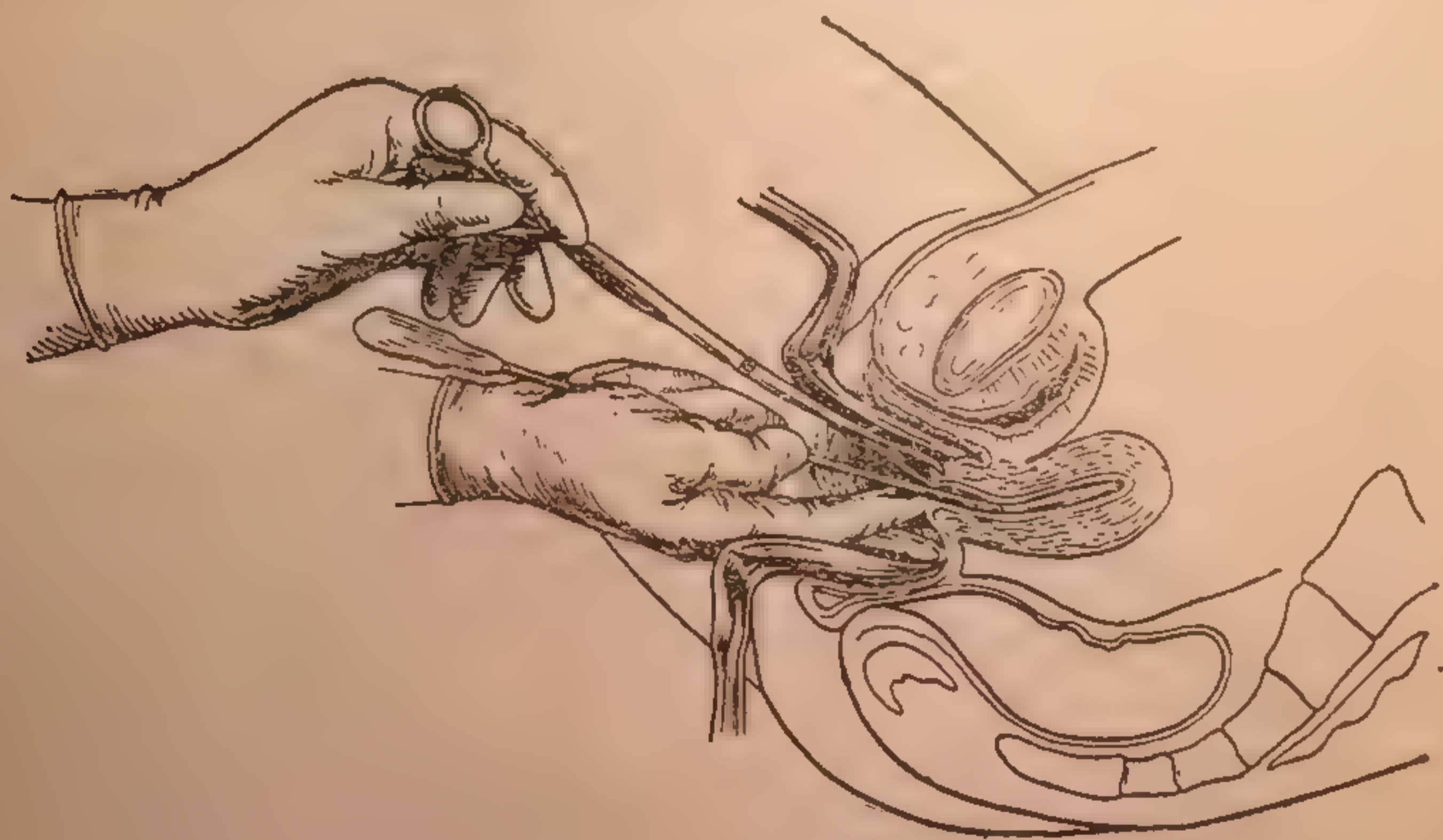


Рис. 19. Зондирование полости матки.

вых органов и влагалища влагалищную часть шейки матки обнажают зеркалами и смазывают иодом. Переднюю губу захватывают пулевыми щипцами и шейку матки изводят к половой щели. Шеечный канал протирают спиртом и иодом, после чего пуговку зонда вводят в канал и, осторожно надавливая, продвигают вглубь, пока она не дойдет до дна матки (рис. 19). Если на пути встречаются препятствия, их осторожно обходят, меняя направление зонда, который поддерживают, лишь слегка обхватывая его пальцами правой руки, которые держат зонд как бы «на весу».

Проникнув в полость матки, определяют ее длину. Она равна в норме 7 см у нерожавших и 8—9 см — у многорожавших. Удлинение полости матки может указывать на внутриматочную фибромиому, на удлинение

шейки; укорочение говорит за гипоплазию матки. Направление полости матки соответствует положению, принятому зондом при его проникновении в эту полость. Если зонд направляется кпереди — матка находится в положении *anteflexio-versio*, если он направлен кзади — в *retroflexio* и т. п. Рельеф полости матки в норме гладкий, скользкий, средней плотности. При мягкости или шероховатости эндометрия можно думать о язвенном процессе, чаще злокачественного характера. Обнаружение плотной выпуклости указывает на наличие субмукозного фиброматозного узла. Зондированием можно также определить наличие или отсутствие в полости матки перегородок, а равно и асимметрию матки, если зонд продвигается к ее углам на неодинаковую глубину. Осторожное зондирование не нарушает целостности эндометрия.

В патологических случаях ткани легко ранятся, например, при полипозном эндометрите и раке. Об этом говорит появление кровотечения из матки после зондирования, что в нормальных условиях бывает только непосредственно (за несколько часов) перед менструацией.

По окончании зондирования снимают пулевые щипцы: шейечный канал вновь дезинфицируют и извлекают зеркало.

Проба пулевыми щипцами. К этому диагностическому методу прибегают обычно в стационаре в тех случаях, когда в брюшной полости обнаруживают подвижную опухоль, причем обычными методами не удается установить, исходит ли она из матки или из другого органа.

Больную укладывают на гинекологическое кресло. После обработки наружных половых органов и влагалища обнажают зеркалами влагалищную часть шейки матки, дезинфицируют шейечный канал и накладывают на переднюю или заднюю губу шейки матки пулевые щипцы. После этого прощупываемую через брюшные покровы опухоль отодвигают вверх, надавливая на нее со стороны живота. Если при этом пулевые щипцы следуют за движением опухоли, т. е. втягиваются во влагалище, — опухоль исходит из самой матки или интимно с ней связана. Если пулевые щипцы остаются в покойном положении, — опухоль не связана с маткой (рис. 20).

В некоторых случаях результат пробы не ясен. Тогда влагалищные зеркала удаляют, а пулевые щипцы, составленные на шейке матки, передают помощнику. Он левой рукой подтягивает щипцы, а правой отодвигает опухоль вверх через брюшные покровы. Исследующий в это время производит двуручное влагалищное исследование, стре-

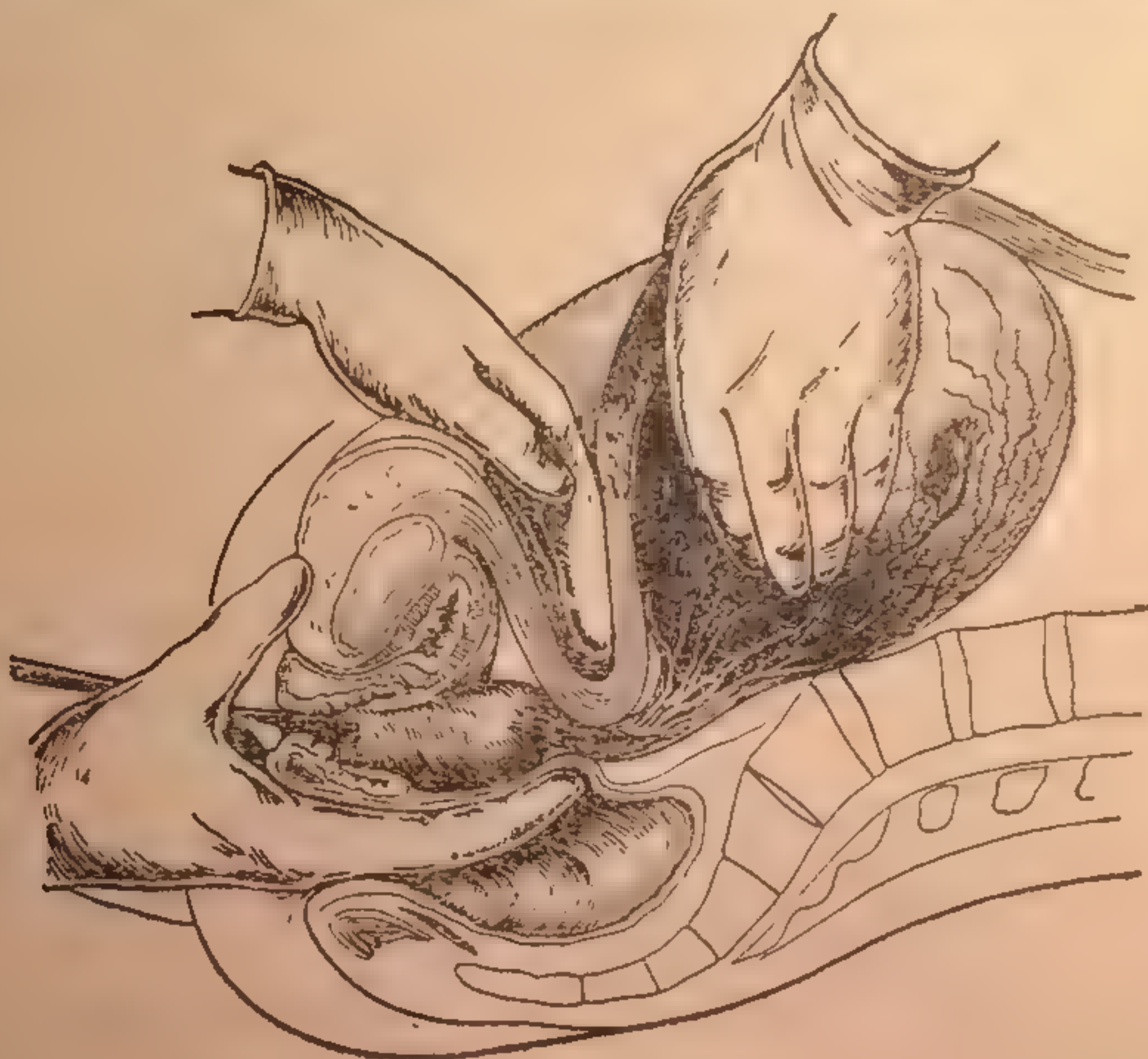


Рис. 20. Комбинированный дифференциально-диагностический прием.

мясь проникнуть внутренними пальцами возможно глубже в своды, а пальцы наружной руки сблизить через брюшные покровы с внутренними. Этот метод обычно позволяет получить надежные данные для решения вопроса о том, исходит ли опухоль из матки или из других соседних с ней органов.

Пробная пункция заднего свода. Пробную пункцию заднего свода производят в стационаре, когда необходимо выяснить наличие или отсутствие свободной жидкости в полости малого таза (в большинстве случаев в заднем заматочном пространстве) и определить ее характер.

Больную укладывают на гинекологическое кресло.

Обработав наружные половые органы и влагалище и обнажив влагалищную часть шейки матки зеркалами,

захватывают заднюю губу пулевыми щипцами. Затем подъемник удаляют, а заднюю ложку помощник оттягивает кзади. Врач, отводя с помощью пулевых щипцов шейку матки кпереди, еще раз смазывают иодом слизистую заднего свода. Затем в задний свод под шейкой матки, строго по средней линии, в то место, где до этого пальпаторно определялась «пастозность», флюкту-

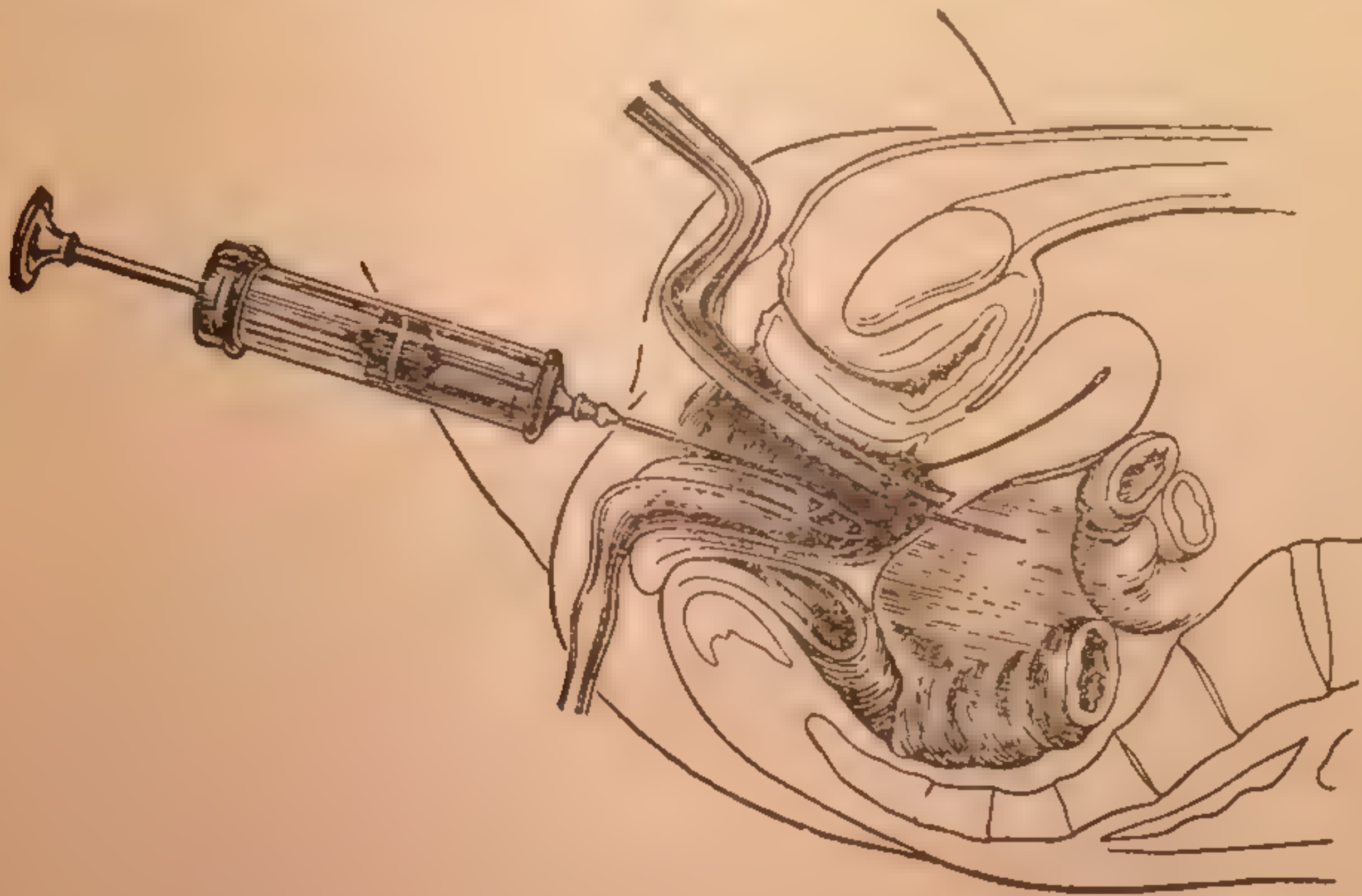


Рис. 21. Пробная пункция заднего свода.

ация, уплощение или выпячивание, вкалывают достаточно широкую иглу длиной 10—12 см, плотно надетую на 5—10-граммовый шприц (рис. 21). Игла должна проникнуть на глубину 2—3 см параллельно задней поверхности матки. Медленно втягивая поршень, нагнетают в пространство. По шприцу содержимое пунктированного пространства. Полученный пунктат осматривают, определяя его характер, цвет, прозрачность. Производят бактериоскопическое или цитологическое исследование мазков, а иногда делают и биохимическое исследование.

Катетеризация мочевого пузыря. Нередко с диагностической целью прибегают к катетеризации мочевого пузыря. Кроме тех случаев, когда она принимается в урологии для определения емкости мочевого пузыря, остаточной мочи и т. п., гинеколог прибегает к катетеру в целях дифференциальной диагностики между кистой передней стенки влагалища и дивертикулом мочевого пузыря, для определения границы

мочевом пузыре при наличии цистоцеле и т. п. В некоторых случаях, при больших и плотных опухолях органов малого таза, детальное ознакомление с ними возможно только при катетеризации мочевого пузыря, позволяющей полностью его опорожнить, что не удается при акте мочеиспускания из-за плотного прижатия мочевых путей к лону.

Для диагностических целей пригоден и женский катетер; однако мы предпочитаем пользоваться мужским, имеющим большую длину и более выраженную кривизну «клюва», что облегчает выполнение поставленных задач.

Само собой разумеется, что катетеризация мочевого пузыря допустима только при условии строгого соблюдения правил асептики и антисептики.

Нередко приходится прибегать к помощи катетера для получения мочи для исследования, так как только при этих условиях можно получить мочу, совершенно свободную от влагалищных выделений.

Г. Исследование специальными методами

Инцизия из шейки матки и диагностическое выскабливание полости матки (биопсии). Поскольку к этим методам исследования практическому врачу чаще всего приходится прибегать у больных, подозрительных на раковое поражение матки, мы перенесли описание этих мероприятий в главу III.

Взятие отделяемого половых и смежных с ними органов для микроскопического исследования. Для диагностических целей весьма часто оказывается необходимым исследовать отделяемое из влагалища, уретры, шеечного канала и прямой кишки. Материал из половых органов берут платиновой петлей или желобоватым зондом. Для получения отделяемого слизистой прямой кишки последнюю выпячивают со стороны влагалища, надавливая введенным в него пальцем по направлению к заднепроходному отверстию. Этот прием делает доступным для осмотра наружный отрезок прямой кишки; с ее стенок можно взять материал для бактериоскопического исследования. Мазки фиксируют одно-двукратным проведением над пламенем спиртовой горелки и направляют в лаборато-

рию с соответствующей документацией. Обычно отделяемое из указанных отделов берут следующим образом. Больную предупреждают, чтобы до исследования она по возможности не мочилась и не подмывалась. На предметное стекло, предварительно вымытое, обезжиренное и обсушенное, наносят специальным карандашом линии, разделяя его на четыре части. Одну часть обозначают буквой С (cervix — шейка), другую — V (vagina — влагалище), третью — U (uretra — мочеиспускательный канал) и четвертую — R (rectum — прямая кишка). Больная лежит на гинекологическом кресле в положении для влагалищного исследования. Шейку матки обнажают при помощи зеркал. Петлей или желобоватым зондом берут из нее секрет и наносят мазок на стекло под буквой С. Содержимое влагалища, скопившееся в заднем своде, наносится под буквой V, материал, полученный из мочеиспускательного канала, — под буквой U, отделяемое же из прямой кишки — под буквой R. Само собой разумеется, что пользоваться платиновой петлей или зондом, которым был получен материал, можно только после прокалывания на пламени.

Если ставится цель изучить флору в живом виде, прибегают к исследованию в висячей капле. Для этого каплю полученного материала разбавляют в 1—2 каплях физиологического раствора, имеющего температуру около 38°, и немедленно исследуют под микроскопом в затемненном поле. Такой метод особенно пригоден для обнаружения трихомонад, сперматозоидов и других активнодвигающихся клеток.

Если имеется подозрение, что в основе заболевания лежит гонорройная инфекция, одного исследования мазков выделений, полученных с указанных участков, недостаточно. В этих случаях следует производить исследование после так называемой провокации, проводимой в известной последовательности, например, взятие мазков с указанных органов во время менструации, использование метода тройной провокации (смазывание влагалищной части шейки канала матки и уретры 3% раствором азотнокислого серебра, введение гоновакцины под кожу в двойных терапевтических дозах, раздражающая диета). Мазки берут через сутки после провокации.

В целях установления излеченности от гонорреи вводят гоновакцину или молоко в двойных терапевтических дозах, смазывают уретру раствором Люголя, а шейный канал — 3—5% раствором азотнокислого серебра. После этого в течение 3 дней подряд исследуют мазки из этих органов. Исследование повторяют во время менструации, но без провокации, а по окончании ее — с провокацией.

Подобные исследования необходимо повторять в течение 3 месяцев.

«Метод вагинального мазка» приобрел большое значение в диагностике эндокринных заболеваний. Он позволяет наблюдать в динамике функциональное состояние яичников, эффективность применяемого лечения.

Значение метода заключается, как указывают А. И. Серебров и С. С. Роговенко, в том, что слущивание и отторжение эпителия влагалища, шейки матки, шейного канала и полости матки являются биологическим процессом, который отражает нормальное и патологическое состояние этих органов. Техника взятия мазка (Е. Н. Петрова): из заднего свода при введенном зеркале берут стеклянной пипеткой с резиновой грушей содержимое и размазывают на предметном стекле. Невысохший мазок фиксируют в течение 15—20 минут в спирту пополам с эфиром и затем красят, как гистологический препарат.

В ряде случаев является полезным прибегнуть к диагностической тканевой пункции, так называемой аспирационной биопсии. Полученный при пункции материал, выдавленный из иглы на предметное стекло, тоже обрабатывают, как материал «вагинального мазка».

Другие методы исследования. Чтобы поставить правильный диагноз, надо исследовать также кровь, реакцию оседания эритроцитов, мочу; при соответствующих показаниях — поставить реакции Вассермана, Борде-Жангу, Лисовской-Фейгеля; при подозрении на беременность или хорионэпителиому — реакции Ашгейм-Цондека, Фридмана, Алпатова и др.

В ряде случаев для уточнения диагноза приходится прибегать к рентгенографии, например, для определения или исключения субмукозных фиброматозных узлов в матке, к кольпоскопии при подозрении на рак влагалища или шейки матки (см. главу III), к различного

рода эндоскопиям, как-то: к уретро-цисто-ректоромано-скопии.

Наконец, если диагноз не может быть точно установлен всеми перечисленными методами, прибегают к пробному чревосечению при наличии к тому жизненных показаний. На описании этих и других методов, к которым врачу приходится прибегать довольно редко, мы не останавливаемся.

Д. Функциональная диагностика

Мы не ставим перед собой задачу изложить этот раздел диагностики достаточно подробно. Наша цель значительно скромнее: дать практическому врачу некоторые сведения по этому вопросу и привести краткий перечень тех гинекологических заболеваний, более углубленное изучение которых возможно лишь методом функциональной диагностики.

Функциональная диагностика имеет целью изучить органы, их системы и весь организм больного человека как единое целое. Отдельный орган может быть морфологически неизменным и вследствие этого казаться здоровым, однако жизнедеятельность его может быть нарушенной. Так, матка, в которой не обнаруживается морфологических изменений, может не отвечать или отвечать извращенно на нейро-гуморальные импульсы, что иногда обусловлено различного рода расстройствами менструального цикла. Поэтому функциональное исследование рассматривается в настоящее время не как дополнение к анатомической диагностике, а как весьма существенная часть основного исследования больной.

При исследовании наружных половых органов, влагалища и тазового дна мы определяем рефлекс наружной запирающей мышцы прямой кишки при нанесении на заднепроходное отверстие перкуторного удара. Метод этот позволяет судить о том, цела ли эта мышца, не нарушены ли ее иннервация и связь с центральной нервной системой.

При введении пальцев во влагалище может быть определено, как уже говорилось выше, не только анатомическое состояние мышц, поднимающих задний проход, но и их функциональное состояние. Об этом судят по наличию, изменению или отсутствию рефлексов в одной или в обеих мышцах, на что всегда следует обращать

серьезное внимание. При этом же исследовании может быть определена и растяжимость вульварного кольца, которая иногда весьма существенно меняется при беременности, а также в зависимости от возраста, фазы менструального цикла, а иногда и от злокачественных новообразований в половых и других органах. Она определяется или простым растяжением вульварного кольца пальцами, или специальными приборами. О функциональном состоянии запирающей системы половой щели и мышц, поднимающих задний проход, можно судить по интенсивности обхватывания введенных во влагалище пальцев. Наблюдая за этим феноменом в течение определенного времени, например, еженедельно в послеродовом периоде, можно составить ясное представление о динамике восстановления функции мышц тазового дна.

Изучая подвижность матки путем приподнимания на пальце, давления снизу вверх в области крестцово-маточных связок, а также путем низведения шейки матки с помощью пулевых щипцов, можно получить ясное представление о функциональном состоянии связочного аппарата и о динамике наблюдающихся в нем изменений.

Функциональное состояние влагалища изучают по периодическим изменениям его слизистой оболочки, о которых можно судить по чистоте влагалищной флоры. Для этого ежедневно или через 2—3 дня берут из влагалища мазок и окрашивают по Граму. Характер изменений бактериоскопической картины мазка, переход одной степени чистоты в другую дают некоторые основания для суждения о функциональном состоянии влагалища, в особенности, если параллельно изучают и кислотность его среды. «Очищение влагалища» (переход IV и III степени во II и I), сочетающееся обычно с повышением кислотности, указывает на улучшение функции не только тканей влагалища, но и яичников, под влиянием которых и происходят отмеченные сдвиги. Особое значение это может иметь при оценке эффективности того или иного метода лечения.

Очень большое значение приобретает цитологическое исследование влагалищных мазков, влагалищного секрета, гистологических изменений структуры влагалищной стенки. Максимальное количество эпителиальных клеток у здоровых женщин наблюдается обычно в день, соответствующий разрыву граафова фолликула. Основное

значение имеет выявление цикличности изменений содержимого влагалища, указывающей на цикличность процессов, ежемесячно совершающихся во всем организме женщины.

Известный интерес представляет изучение функционального состояния влагалища, в частности, моторной его функции, методом вагинорентгенографии после введения во влагалище контрастной массы.

О функциональном состоянии слизистой шейечного канала можно судить в известной мере по изменениям кислотности его содержимого. Кроме исследования рН, в этом отношении может в некоторых случаях оказаться полезным определение подвижности сперматозоидов в течение трех часов после полового сношения. Как показывает опыт, в физиологических условиях обычно в течение этого времени обнаруживается около 10 подвижных сперматозоидов в каждом поле зрения. Если их меньше пяти, то это может указывать на повышенную кислотность среды шейечного канала.

Метод метросальпингографии позволяет судить о моторной функции матки и проходимости труб. При этом становится возможным выявить наличие перистальтических или антиперистальтических сокращений матки и труб, что имеет большое значение при выяснении причины бесплодия. Особый интерес может представить изучение сократительной способности матки и труб в различные фазы менструального цикла. По литературным данным (А. И. Осякина-Рождественская и др.) и данным собственного исследования, в физиологических условиях сократительная способность матки и труб достигает своего максимума в момент, соответствующий расцвету фолликула, и снижается до минимума в фазе расцвета желтого тела.

Широкое применение в гинекологической диагностике получила пертубация — определение проходимости труб путем введения в полость матки воздуха под давлением в 60—100 мм ртутного столба (В. Г. Бутомо, А. А. Иванов, А. Э. Мандельштам, С. А. Ягунов и др.). Современные пертубационные аппараты дают кинограммы, по которым можно судить о степени проходимости труб.

Для характеристики функционального состояния матки и яичников, а в известной мере и труб большое значение имеет гистологическое изменение эндометрия. Про-

изводя выскабливание во время той или иной фазы менструального цикла и подвергая соскоб гистологическому исследованию, можно выяснить, соответствует ли состояние эндометрия данной фазе. Так, например, при гистологическом исследовании соскоба, взятого за 1—2 дня до наступления ожидаемой менструации, а еще лучше в первые ее часы, обычно обнаруживают картину, соответствующую секреторной фазе. В патологических случаях в это же время могут обнаруживаться и другие состояния эндометрия, например, пролиферативная его фаза, что свидетельствует о патологии менструального цикла (так называемые безовуляционные или «ановуляторные» кровотечения).

О функциональном состоянии яичников можно судить и по тем циклически протекающим изменениям в стенках влагалища, о которых говорилось выше.

Большой интерес представляет также постепенно совершенствуемая методика определения половых гормонов в крови и моче женщины. Работами П. Г. Шушания, Фаермарк, нашими и другими были выяснены не только количественные изменения содержания эстрогенного гормона (фолликулина) в крови женщин с нормально протекающими менструациями, но и двуфазность гормонального цикла, полностью соответствующая двуфазности анатомического цикла, изученного Р. Шредером (фазы пролиферативная и секреторная).

В последнее время были достигнуты существенные успехи и в области количественного определения прегнандиола — продукта прожестерона в моче. Это создало необходимые предпосылки для изучения функционального состояния желтого тела. В этом отношении несомненный интерес представляют обнаруженные пределы показателей прегнандиола в моче при различных физиологических и патологических состояниях женщины (Г. В. Ордынец).

При нарушениях менструального цикла, как и при других патологических состояниях организма женщины, количество прегнандиола, обнаруживаемого в моче, естественно, будет выходить за известные пределы. Установить эти пределы важно в целях диагностики и терапии, так как это способствует выработке правильных методов лечения больных с различного рода нарушениями менструального цикла.

Мы не останавливаемся на детальном описании всех упомянутых функциональных диагностических проб, так как они относятся к ведению специалистов-гинекологов.

Практическому врачу или врачу-специалисту не гинекологу к ним почти не приходится прибегать, но знать о них и ясно представлять себе все современные диагностические возможности необходимо.

Функциональные исследования имеют значение тогда, когда их производят на фоне изучения общего состояния организма, его реактивности, состояния его нервной системы. Без этого условия функциональная диагностика дает очень мало для познания патологических процессов, совершающихся в организме каждой отдельной больной.

ЛИТЕРАТУРА

- Бубличенко Л. И., Функциональная диагностика при послеродовых заботах, Медгиз, 1954.
- Гентер Г. Г., Методы исследования в гинекологии (глава из «Руководства по женским болезням» под ред. проф. Л. А. Кривского, Л., 1927).
- Гиляревский С. А., О диагностике, Медгиз, 1953.
- Губарев А. П., Общая симптоматология (глава из «Руководства по женским болезням» под ред. проф. Л. А. Кривского, Л., 1927).
- Губарев А. П., Диагностика женских болезней, ее убедительность, целесообразность и достоверность, М., 1923.
- Жордания И. Ф., О распознавании начальных форм перитонита методом перкуссии, Советская медицина, 1949, № 11.
- Мандельштам А. Э., Гинекологическая диагностика, т. I (изд. Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940).
- Мандельштам А. Э., Функциональная диагностика в гинекологии, Л., 1947.
- Стражеско Н. Д., Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости, Госмедиздат УССР, 1951.
-

Глава II

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Воспалительные заболевания половых органов занимают среди гинекологических заболеваний едва ли не первое место как по частоте, так и по тяжести вызываемых расстройств. В острой стадии они являются тяжелыми заболеваниями, которые нередко приковывают больных к постели на длительный срок, а иногда угрожают жизни. В дальнейшем, когда опасность для жизни миновала, воспалительные заболевания могут оставлять глубокие следы во всем организме больной и, в частности, в половых ее органах. Маточные кровотечения, бели, боли в крестце, внизу живота с иррадиацией в ноги, бесплодие — вот далеко не полный перечень последствий воспалительных заболеваний. Они отягощают состояние больных и нарушают их душевный покой, являются причиной различных страданий, заставляют искать помощи у врачей различных специальностей.

Возбудителями воспалительных гинекологических заболеваний могут быть самые разнообразные микробы. Однако в громадном большинстве случаев заболевания эти вызываются весьма ограниченным числом патогенных микробов, которые по частоте обусловленных ими патологических процессов могут быть расположены в следующем порядке: стрептококки, стафилококки, гонококки, кишечная палочка, туберкулезная палочка и, наконец, некоторые другие микроорганизмы. Укоренившееся в литературе и до последнего времени широко распространенное мнение о том, что будто бы в этиологии воспалительных гинекологических заболеваний первое место принадлежит гонококкам (К. П. Улезко-Строганова и др.), мы подтвердить не можем. Напротив, гонококки, еще лет 20—30 назад действительно занимавшие первое

место среди возбудителей указанных заболеваний, постепенно оттесняются назад и в настоящее время занимают третье место. Можно быть уверенным, что в дальнейшем воспалительные гинекологические заболевания, возникшие на почве гонорреи будут занимать в нашей стране все более и более далекое место благодаря широким государственным профилактическим мероприятиям и современным успехам терапии.

В 1903 г. В. Ф. Снегирев в статье «Из пережитого» писал: «Мы кинулись на микробов и думали этим уяснить себе многие стороны интоксикации женского организма, но мы забыли, что любой микроб, вступивший в организм, также кончает жизнь, и получаются новые соотношения между вступившим началом и различными тканями организма». В свете учения И. П. Павлова становится ясной вся глубина высказываний В. Ф. Снегирева, основанных на изучении клиники женских болезней. Для возникновения инфекционного воспалительного процесса действительно необходимо наличие микроба, но дальше процесс развивается по закономерностям реагирования организма: микроб является подкрепляющим раздражителем первоначально вызванного им возбуждения, затем наступает момент, когда для течения воспалительного процесса наличие микроба уже не является обязательным.

«Представление о том, что микроб является ведущим этиологическим фактором на всех этапах болезни, носит явно механистический, метафизический характер. Оно сводит инфекционный процесс на всем его протяжении к простому, в дальнейшем не изменяющемуся последствию первоначальной причины, не рассматривая болезнь как развивающийся во времени процесс, где следствие первоначальной причины само выступает в роли причины новых следствий, обуславливая тем самым фазность протекания болезни... вызывая появление новых рефлекторных механизмов, которые не имели место при первоначальном действии раздражителя» (М. Г. Дурмишьян). Отсюда вытекает, что лечение, направленное исключительно на борьбу с микробом как этиологическим фактором болезни, недостаточно эффективно, а в отдельных случаях и безрезультатно. Для получения достаточных лечебных результатов наше воздействие должно быть всегда направлено на весь организм как единое целое,

другими словами, оно должно быть всегда не только «местным», но и «общим».

Кроме микроорганизмов, воспалительные заболевания могут быть обусловлены механическими, термическими, химическими и другими раздражениями. Мы неоднократно наблюдали вульвовагиниты, вызванные спринцеваниями влагалища крепким раствором дезинфицирующих средств или слишком горячей водой, длительным нахождением во влагалище противозачаточных колпачков и других инородных тел. Однако эти факторы нередко лишь подготавливают почву для инфекции, способствуют ее внедрению и распространению в результате нарушения целостности покровов.

В дальнейшем изложении мы ограничимся описанием клиники и лечения лишь наиболее часто встречающихся воспалительных заболеваний, с которыми, следовательно, практическому врачу приходится часто встречаться. Более редкие формы опущены, так как их диагностика и лечение требуют помощи специалиста-гинеколога.

А. Воспалительные заболевания наружных половых органов

Вульвиты (vulvitis). Вульвитом называется воспаление покровов наружных половых органов: больших и малых половых губ, клитора, преддверия влагалища. Воспалительным процессом могут быть охвачены одновременно все перечисленные органы или лишь некоторые из них.

Вульвиты простые. Наблюдение за состоянием наружных половых органов в различные периоды жизни женщины, начиная от периода новорожденности и кончая старостью, обнаруживает тесную связь между степенью их развития и деятельностью гормонов яичников. Эта связь выражается в том, что наружные половые органы, равно как и волосяной покров лобка и больших половых губ, развиваются по мере полового созревания и наступления половой зрелости и подвергаются атрофическим процессам в периоде менопаузы. Одновременно с этим изменяется устойчивость тканей наружных половых органов по отношению к внешним раздражителям — механическим, термическим, инфек-

ционным и другим. Вульвиты сравнительно легко возникают у девочек до наступления половой зрелости и у пожилых женщин в периоде менопаузы.

Благоприятные условия для развития вульвитов могут возникать и в периоде половой зрелости при нарушении нормальной функции яичников.

В детородном возрасте чаще встречаются воспалительные заболевания внутренних половых органов, которым сопутствуют и вульвиты.

Возникновению воспаления вульвы способствует ее анатомическое положение — непосредственная близость к заднепроходному отверстию и к отверстию мочеиспускательного канала. Большое значение имеет также влажное состояние вульвы, которое нередко поддерживается в течение длительного времени потом, продуктами сальных желез, попаданием мочи при различного рода аномалиях мочеотделения, учащенным мочеиспусканием при общих заболеваниях (сахарный диабет), менструальными выделениями и патологическим отделяемым внутренних половых органов, а также попаданием частичек кала.

Эти неблагоприятные условия обычно имеют место при нарушении женщинами элементарных гигиенических правил, особенно во время менструаций. Возникающая при этом мацерация эпидермиса делает покровы вульвы легко ранимыми. При таких условиях даже незначительное раздражение, например, трение о вульву тесной и неудобной одежды, может привести к обнажению субэпидермального слоя и проникновения через него микробов в глубже лежащие ткани. Следовательно, истинными причинами вульвита обычно являются микробы; предрасполагающими факторами служат различного рода вредные воздействия: химические, термические, механические и другие.

К основным предрасполагающим факторам должны быть отнесены также нервно-эндокринные нарушения, в первую очередь недостаточная функция яичников, нарушения питания, в частности, нарушения витаминного баланса и т. п. В этом мы имели возможность убедиться в военные годы, наблюдая весьма большое количество молодых женщин, страдавших вульвитами и вульвовагинитами. У громадного большинства больных одновременно с вульвитами наблюдались явления дисфункции яич-

ников, гиповитаминозы (в частности, С-гиповитаминоз) или одновременно и то и другое.

В этиологии вульвитов, особенно в детском возрасте, существенную роль играют также оксиуры, вызывающие зуд и расчесы.

Вульвит называют п е р в и ч н ы м, когда он возникает вне зависимости от воспаления внутренних половых органов, и в т о р и ч н ы м, когда вначале заболевают половые органы, вульва же поражается вторично в результате раздражения покровов стекающим из влагалища гноем и последующей инфекции. В периоде половой зрелости вторичные вульвиты встречаются чаще, чем первичные.

Патологоанатомическая картина характеризуется наличием признаков воспаления: покраснение покровов, их отек, местами экскорация эпителия, иногда до обнажения субэпидермального слоя, и связанное с этим возникновение мелких и болезненных язвочек, мелкоклеточная инфильтрация сосочковых телец кожи. Иногда наблюдается образование остроконечных кондилом.

Часто рецидивирующее воспаление наружных половых органов может повести к дегенеративным изменениям в их покровах и быть причиной возникновения некоторых особых форм вульвита.

Основными с и м п т о м а м и острого вульвита являются липкие бели, большей частью разъедающие, постоянно увлажняющие наружные половые органы и вызывающие в них чувство жжения, особенно во время мочеиспускания или подмывания (вследствие попадания жидкости на места, лишенные покровов), зуд, боль при дотрагивании, отек, резкую красноту, захватывающую большие и малые половые губы и промежность, а в некоторых случаях также лобок и внутренние поверхности бедер.

При распространении воспалительного процесса на преддверие влагалища наблюдается отек и покраснение вокруг уретрального отверстия, в области ходов Скече и выводных протоков бартолиновых желез. Воспаление преддверия влагалища называется в е с т и б у л и т о м (vestibulitis).

Д и а г н о з острого вульвита на основании приведенных симптомов легко установить. Однако назначаемое лечение будет эффективным лишь при установленной

этиологии заболевания, определить которую не всегда легко. Для правильной диагностики необходимо выяснить: 1) является ли обнаруженный вульвит первичным или вторичным; 2) нет ли выраженной связи между его возникновением и нарушением общего состояния организма, эндокринным расстройством, авитаминозом и т. п.; 3) являлся ли он инфекционным с самого начала или инфекция присоединилась к уже имевшемуся безмикробному воспалению; 4) какими микробами он вызван.

В дальнейшем необходимо выяснить еще один вопрос: если имел место острый вульвит, то излечен ли он полностью или оставил следы в скеневых ходах, выводных протоках бартолиновых желез, в отверстии мочеиспускательного канала.

Лечение больных острым вульвитом должно быть направлено на устранение не только воспаления, но и вызвавшей его причины. Первое условие, без которого трудно добиться излечения в короткое время, — это соблюдение постельного покоя и содержание половых органов в чистоте. Наружные половые органы обмывают теплой кипяченой водой с примесью дезинфицирующих средств. Мы пользуемся раствором марганцовокислого калия по прописи: Rp. Sol. Kalii hypermanganici 5% 50,0 по 15—20 капель на литр воды. Для подмывания. Хорошо действуют также подмывания из настоя ромашки, а также 3% раствор борной кислоты. Подмывания производят несколько раз в день. После каждого подмывания наружные половые органы бережно осушают мягким чистым полотенцем и припудривают индифферентной пудрой, например, рисовой, тальком и т. п. Можно пользоваться пудрой, комбинированной с лекарственными веществами, например:

Rp. Camphorae tritae 0,5

Zinci oxydati 2,5

Talci veneti ad 50,0

MDS. Для припудривания после подмывания

В целях успокоения нервной системы назначают:

1. Rp. Inf. rad. Valerianae 8,0—200,0.

Kalii bromati 6,0

MDS. По 1 столовой ложке 2 раза в день

2. Rp. Sol. Natrii bromati 4,0—200,0

Coffeini patrio-benzoici 0,1

MDS. 4 раза в день по десертной ложке

При вульвитах гонококковой этиологии уже в острой стадии прибегают к лечению сульфаниламидными препаратами и пенициллином (по 50 000 единиц через каждые 3 часа с 6-часовым перерывом на ночь, всего за сутки 350 000 единиц. Лечение длится 3 дня).

Острые кондиломы удаляют после полной ликвидации воспалительных явлений. Кондиломы состригают или соскабливают кюреткой, строго соблюдая правила асептики и антисептики. Обширные и пышные кондиломы рекомендуют лечить рентгеновыми лучами. С этой целью применяют лучи средней жесткости, в дозе 200—300—450 г. Для полного исчезновения всей массы кондилом достаточно 2—4 сеансов, повторяемых с перерывами в 2—3—4 недели.

Предупреждение вульвитов состоит в соблюдении личной гигиены, особенно во время менструаций: пользование гигиеническими прокладками, обмывание наружных половых органов теплой кипяченой водой, сухое их содержание, ношение свободной одежды, не трущей область половых органов, предохранение их от попадания пыли.

Особые формы вульвитов

Детский вульвит. У девочек вульпиты вызываются гонококками, дифтерийной палочкой, стрепто- и стафилококками, кишечной палочкой и другими микробами. По нашим наблюдениям, вульвовагиниты у девочек возникают нередко в результате гриппозной инфекции. Иногда мы находили во влагалище менингококков, грамотрицательных диплококков, отличить которые от гонококков можно лишь бактериологическими методами (посевом). Об этом не следует забывать при установлении этиологии заболевания, имеющей в таких случаях решающее значение для лечения и во избежание ошибочного диагноза гоморреи.

Вульвовагиниты у детей могут возникнуть также при попадании в половые органы остриц (оксиур), которые вызывают зуд, влекущий за собой расчесы. В этих случаях прежде всего должно быть проведено противоглистное лечение.

Лечение и профилактика детских вульвитов те же, что и вульвитов у взрослых.

Фурункулез вульвы (*furunculosis vulvae*) наблюдается преимущественно на больших половых губах и на лобке. Нередко он является местным проявлением общего заболевания. В таких случаях фурункулы обнаруживают не только в области вульвы, но и на других частях тела. Заболевание вызывается преимущественно стафилококками. Воспалительные инфильтраты достигают иногда величины лесного ореха и нагнаиваются. При слиянии нескольких фурункулов возникает флегмона, чаще всего в области больших половых губ.

Фурункулез вульвы имеет склонность к рецидивированию, особенно во время месячных.

Лечение — такое же, как при общем фурункулезе. Необходимо проводить общеукрепляющее лечение. Хорошие результаты дает повторное переливание крови и пенициллинотерапия. Местно назначают холодные компрессы, смоченные свинцовой водой или 3% раствором борной кислоты. При появлении флюктуации — лечение хирургическое с последующим наложением повязок с мазью Вишневского.

Herpes vulvae развивается на наружных половых органах, преимущественно на больших и малых половых губах, во время менструации как менструальная экзантема (К. П. Улезко-Строганова) или при инфекционных заболеваниях и заболеваниях нервной системы (при *herpes zoster*). Появляющиеся многочисленные пузырьки скоро лопаются и возникают поверхностные, легко заживающие язвочки. *Herpes vulvae* излечивается самопроизвольно. Наступление самоизлечения можно ускорить присыпками из смеси чистого талька, камфоры и цинка по приведенной выше прописи или белого стрептоцида в порошке.

Зуд вульвы (*pruritus vulvae*). Одним из главных симптомов воспаления наружных половых органов и влагалища является зуд, наблюдающийся чаще всего в результате нечистоплотности. Однако нередко зуд наблюдается и у вполне чистоплотных женщин с здоровыми по внешнему виду половыми органами. В таких случаях, когда единственным симптомом болезни, приведшим больную к врачу, является чувство зуда вульвы и влагалища, говорят об «эссенциальном зуде». Следовательно, надо различать зуд как симптом заболевания по-

ловых органов и зуд «эссенциальный», наблюдающийся при здоровых половых органах.

«Эссенциальный зуд» обычно выражен очень резко, иногда становится нестерпимым. Есть все основания предполагать, что причиной такого зуда являются нейро-гуморальные расстройства. В пользу этого говорит появление зуда в первые месяцы после удаления обоих яичников, например, при поражении их опухолью, в климактерическом периоде, во время беременности и даже при менструации и т. п. К этой же категории должен быть отнесен зуд наружных половых органов и влагалища у очень полных женщин, у больных с выраженными тиреотоксическими явлениями, у больных сахарным диабетом и др., т. е. у женщин с нарушенным обменом веществ.

Диагноз поставить легко. Легко также найти причину зуда в тех случаях, когда имеются острые или хронические воспаления половых органов, обильные бели и другие патологические процессы. Задача врача значительно усложняется, когда эти симптомы отсутствуют, т. е. при распознавании «эссенциальной» формы зуда.

Во всех случаях, когда больная жалуется главным образом на зуд вульвы, следует прежде всего выяснить, обоснован ли этот симптом морфологически. Для этого необходимо убедиться в наличии или отсутствии вульвовагинита любой этиологии: инфекционной (гонококковой, трихомонадной и др.), термической (ожоги), механической (раздражение инородными телами, имеющимися во влагалище, трением одежды о вульву). Должны быть надежно исключены и животные паразиты (оксиуры, педикулез). Затем надо постараться выяснить наличие или отсутствие нервных влияний — неврозов, проявлений аллергической реакции к различного рода пищевым продуктам (земляника, икра, раки и т. п.) и лекарственным веществам (иод, мышьяк, пенициллин, аспирин, ихтиол и др.).

Полно собранный анамнез и обстоятельное исследование, направленное к изучению нервной системы и функции эндокринных желез, а также половых органов больной, помогут выяснить, какая форма зуда имеет место в каждом отдельном случае, и выбрать обоснованную терапию.

Лечение состоит в устранении причин, вызывающих зуд вульвы. При «эссенциальном» зуде лечение представляется более сложным. При сильном зуде вульвы, обусловленном выпадением функции яичников в климактерическом периоде, после хирургической кастрации и т. п., а также во время беременности мы неоднократно видели хороший эффект от применения фолликулина или синтетических препаратов, обладающих эстрогенными свойствами, как-то: синэстрол, диэтилстильбэстрол и др. В некоторых случаях, когда нестерпимый зуд вульвы наблюдался у молодых женщин с явлениями недоразвития половых органов, вполне удовлетворительные результаты давало комбинированное лечение эстрогенным гормоном и гормоном желтого тела в сочетании с бромом по 1 столовой ложке 2% раствора бромистого натрия 3 раза в день.

Заслуживает внимания лечение «эссенциального зуда» вульвы рентгеновыми лучами (С. Г. Зарецкий). С этой целью вульву облучают сразу большим полем; фильтрация лучей осуществляется алюминиевой пластинкой толщиной в 3—4 мм, доза — 200 г. Курс — 1 или 2 сеанса с интервалом в 2 недели.

В упорных случаях нестерпимого зуда вульвы неоднократно рекомендовалось иссечение пп. pudendi. О положительных результатах такой операции сообщил Е. Е. Гиговский (1945).

Кроме того, рекомендуют диететические, общеукрепляющие, психотерапевтические мероприятия, а также соблюдение гигиенического режима: тщательное обмывание вульвы и влагалища мылом с последующим их протиранием 1% раствором карболовой кислоты; применяют обработку вульвы раствором азотнокислого серебра в постепенно повышающихся концентрациях: 1—2—3—5—10% ежедневно или через день, в зависимости от реактивности обрабатываемых тканей. Применяют также смазывание зудящих поверхностей различными болеуспокаивающими средствами.

1. Rp. Chloroformii 3,0
Ol. Amygdalarum dulcii 30,0
MDS. Наружное
2. Cocaini hydrochlorici 1,0
Lanolini —
Vaselini aa 10,0
MDS. Наружное

3. Rp. Cocaini hydrochlorici 3,0
Mentholi 0,5 (1,0)
Saloli
Ol. Olivarum aa 2,0
Lanolini ad 40,0
MDS. Наружное

Любое из этих средств может дать положительный результат при непременном условии — хорошо проведенном психопрофилактическом воздействии на больную. Если все это не дает должного эффекта и нестерпимый зуд продолжается, необходимо назначить больной лечение сном. Удлиненный медикаментозный и условнорефлекторный сон с применением бромистых препаратов дает в таких случаях хорошие результаты.

Сам по себе зуд вульвы и влагалища не опасен для жизни. Однако нестерпимый зуд нарушает покой женщины, вызывает бессонницу, отрицательно действует на психонервное состояние, понижает трудоспособность. Наряду с этим, должно быть отмечено, что именно у больных с выраженным упорным «эссенциальным зудом» чаще всего развивается гипертрофия, лейкоплакия и крауроз вульвы, нередко предшествующие развитию ракового заболевания.

Воспаление бартолиновых желез (bartholinitis). Воспаление паренхимы бартолиновой железы вследствие защищенного ее положения в толще половых губ встречается редко. Оно преимущественно наблюдается при нагноительных процессах на коже и непосредственно под ней. Поражение паренхимы железы возможно и в случае проникновения в нее микробов из выводного ее протока. Такие истинные бартолиниты встречаются редко. Большинство же бартолинитов имеет в своей основе процессы иного порядка.

Выводные протоки бартолиновых желез открываются в преддверии влагалища, в нижней его трети — между малой губой и девственной плевой. Микробы, проникшие в суженное отверстие наружной трети протока, вызывают его воспаление. Воспалительный отек и инфильтрация механически сдавливают узкий просвет протока и закрывают его. В дальнейшем, вследствие десквамации эпителия, выстилающего проток, последний облитерируется на большем или меньшем расстоянии от наружного отверстия. Секрет железы застаивается в

необлитерированной части выводного протока и нагнаивается. Железа в целом, постепенно увеличиваясь, превращается в гнойный мешок, образуя так называемый ложный абсцесс бартолиновой железы. Вскоре в воспалительный процесс вовлекаются также и покровы половых губ, в толще которых заложена железа. Вследствие отека и инфильтрации воспаленная железа становится плотной и болезненной, кожа над ней краснеет. Бартолинова железа, которая в норме совсем не прощупывается, начинает теперь определяться, сперва как болезненное уплотнение величиной от фасоли до лесного ореха, а затем — как округлое, туго-эластической консистенции образование, величиной с грецкий орех, а иногда и с куриное яйцо, с жидким содержимым, дающим флюктуацию. Нередко кожные покровы над воспаленной железой истончаются и спаиваются с подлежащими тканями. Абсцесс бартолиновой железы резко болезнен. Заболевание нередко сопровождается повышенной температурой.

Воспаление может быть вызвано самыми разнообразными микробами, среди которых первое место занимают стрептококки, стафилококки и отчасти гонококки.

Воспаление бартолиновой железы в стадии инфильтрации и даже нагноения может затихать; инфильтрат рассасывается и наступает самоизлечение. Но так бывает далеко не всегда. Нередко вследствие прогрессирующего нагноительного процесса наблюдается постепенное увеличение абсцесса, что ведет к самопроизвольному его вскрытию чаще через кожу больших половых губ или в преддверие влагалища. Высокая температура и резкие боли в области наружных половых органов быстро исчезают, и больная считает себя выздоровевшей. Однако проходит некоторое время, перфорационное отверстие склеивается, и бартолинит со всеми его последствиями рецидивирует иногда по нескольку раз. Если абсцесс не вскрылся и, несмотря на это, наступило «самоизлечение», гнойное содержимое полости постепенно просветляется и становится стерильным: образуется воспалительная киста бартолиновой железы, прощупываемая как округлое, туго-эластической консистенции безболезненное образование, величиной до куриного яйца, заложено в толще нижней трети половых губ и мало беспокоящее больную.

Д и а г н о з воспаления бартолиновой железы или ее абсцесса легко поставить на основании локализации воспалительной опухоли в толще нижней трети больших половых губ, ее болезненности, плотности, а позже флюктуации, высокой температуры. Микробная этиология заболевания определяется путем бактериоскопического исследования мазка гноя, а также бактериологического исследования путем посева и серологических реакций.

Л е ч е н и е больных с первоначальной формой заболевания, когда воспаленная бартолинова железа прощупывается в виде небольшого уплотнения, должно быть направлено на купирование процесса. В таких случаях больную укладывают в постель и назначают ей внутрь сульфаниламидные препараты или пенициллин, местно применяют пузырь со льдом, который прикладывают на 30—40 минут с промежутками в 15—20 минут. Целесообразно в ткани, окружающие воспаленную железу, вводить собственную кровь больной в количестве 5—7 мл через два дня на третий, 3—4 раза.

Если в течение 2—3 дней заметного улучшения не наступило, следует назначить процедуры, способствующие более быстрому нагноению. Местно применяют тепло в виде пузыря с горячей водой, обвернутого несколькими слоями полотенца. При появлении ясной флюктуации абсцесс вскрывают. Вскрытие производят скальпелем со стороны преддверия влагалища под общим эфирным или хлорэтиловым наркозом. После этого в образовавшуюся полость вводят указательный палец и разрушают перегородки, которые иногда ограничивают отдельные гнойные очаги. После опорожнения полости абсцесса от гноя в нее вводят узкую марлевую полоску, конец которой пропитывают предварительно 5—10% иодной настойкой. Тампон через 1—2 дня извлекают и вводят новый.

Такие процедуры проводят несколько раз до полного зарращения полости. Цель их — вызвать иодом как химическим раздражителем и марлевой полоской как механическим раздражителем атрофию паренхимы железы и помешать быстрому заживлению кожной раны. Благодаря такому, хотя и затяжному методу лечения нам ни разу в течение многолетней работы не пришлось иметь дело с рецидивом абсцесса.

За последние годы мы в случаях ложного абсцесса бартолиновой железы применяем с положительными результатами следующий метод лечения. Иглой, имеющей диаметр, достаточный для извлечения гноя, производим пункцию абсцесса и отсасывание гноя, после чего, не извлекая иглы, через нее вливаем в полость абсцесса раствор пенициллина в количестве 50 000 единиц. Одновременно назначаем общую пенициллинотерапию в течение 3 дней. Всего вводим от 600 000 до 1 000 000 единиц. Если после одной-двух повторных эвакуаций гноя, производимых ежедневно, эффекта отметить не удастся, следует вскрыть абсцесс.

Б. Воспалительные заболевания влагалища

Простой вагинит (кольпит) (*vaginitis s. colpitis simplex, s. vulgaris*). Больные жалуются на бели, то обильные и гнойные, то еле заметные. Зуд или боль во влагалище бывают выражены в различной степени: в одних случаях они бывают крайне мучительны, в других мало беспокоят больных. В некоторых случаях единственной жалобой является болезненность при половом акте.

При исследовании нередко одновременно обнаруживаются явления вульвита. При осмотре влагалища при помощи зеркал стенки его представляются гиперемизированными, отечными, нередко цианотичными, местами они лишены эпителия. После протирания влагалища марлевым шариком нередко появляется сукровичная жидкость (*colpitis serosa*). Иногда уже при пальцевом исследовании определяется неровность стенок влагалища, зависящая не от физиологической складчатости, а от появления как бы зернистого обсыпания. Исследующий получает ощущение, сходное с тем, которое бывает при поглаживании шагреневой кожи. В таких случаях при осмотре влагалища при помощи зеркал стенки его оказываются диффузно окрашенными в насыщенный розовый цвет с малиновым оттенком, утолщенными и обсыпанными мелкими, величиной от булавочной головки до чечевицы, зернистыми возвышениями малинового цвета, окруженными красными оболками. Эта зернистость обусловлена воспалительной инфильтрацией сосочкового слоя. Покрывающий эти возвышения эпителий мацерирован и поэтому при исследовании и протирании легко

слушивается, вследствие чего сосочки обнажаются и выделяют сукровичную жидкость. Такое воспалительное поражение влагалища является разновидностью серозного кольпита и называется зернистым кольпитом (*colpitis granulosa*). Предположение, что зернистый кольпит специфичен для гонококковой инфекции, не подтвердилось и в настоящее время оставлено.

Во всех случаях простого вагинита (кольпита) при исследовании зеркалами определяются гнойные скопления в заднем влагалищном своде. Они имеют различную консистенцию, цвет, запах, в зависимости от особенностей микробов, вызвавших воспаление, и от характера изменений в стенке влагалища. Так, жидкие выделения наблюдаются при застойных явлениях вследствие повышенной транссудации, но выраженной мацерации покровного эпителия при этом не происходит. Густые выделения имеют место при обильном слушивании эпителия, сукровичные — при обнажении подэпителиального слоя и т. п.

При микроскопическом исследовании патологического отделяемого влагалища находят значительное количество слущенного плоского эпителия, большее или меньшее количество лейкоцитов, нередко в острых случаях покрывающих все поле зрения. Микрофлора обильная, преимущественно грамотрицательная и кокковая. Встречаются только единичные грамположительные влагалищные палочки или они совсем отсутствуют. Другими словами, микроскопическая картина отделяемого влагалища соответствует III или IV степени чистоты.

Диагноз кольпита ставится довольно легко на основании характерных жалоб, а также данных исследования больной и микроскопического исследования мазка содержимого влагалища. Однако не всегда удается выяснить этиологию заболевания. Для этого иногда необходимо длительное наблюдение за больной, нередко с многократными бактериоскопическими и бактериологическими исследованиями.

Прогноз при простых кольпитах вполне благоприятен. После устранения причин, вызвавших заболевание, в короткий срок наступает стойкое излечение.

Лечение больных в острой стадии кольпита такое же, как и при вульвитах. В дальнейшем, когда острые явления стихают, назначают спринцевания —

сперва содовые (чайная ложка очищенной соды на литр теплой кипяченой воды), а через 2—3 дня — дезинфицирующие и вяжущие. Для этого вполне пригодны все те средства, которые применяют для обмывания при вульвитах.

Положительные результаты дают также спринцевания раствором неочищенного древесного уксуса (*Acetum pyrolignosum crudum*), 10% формалина (*Formalinum*) и молочной кислоты (*Acidum lacticum*). Каждого из этих средств берут по 1 столовой ложке на литр воды.

Одновременно больным назначают лекарственные тампоны, вводимые во влагалище при помощи зеркал. Для смачивания ватных гигроскопических тампонов мы пользуемся издавна оправдавшими себя медикаментами по следующим прописям:

Rp. Tannini 5,0 (10,0)
Glycerini 100,0
MDS. Для тампонов
Rp. Ichthyoli (seu Albichtoli) 5,0
Glycerini 100,0
MDS. Для тампонов

Хорошие результаты могут быть получены и от применения сульфаниламидных эмульсий в рыбьем жире:

Rp. Emulsio. streptocidi albi (seu sulfidini)
5—10% 100,0
MDS. Для тампонов

Тампон с лекарством лучше всего вводить вечером или на ночь. Он должен быть такого размера, чтобы хорошо выполнял влагалище. Тампон обвязывают крепкой ниткой, конец которой свисает из влагалища. Больная, потягивая за нитку, сама через 6—8 часов удаляет тампон, после чего производится спринцевание теплым водным раствором одного из перечисленных выше средств. Тампоны вводят через день, спринцевание же производится в дни, когда тампоны не вводят, 2 раза в день, обязательно в положении больной на спине с приподнятым тазом.

В последнее время успешно применяется для лечения кольпитов эмульсия из 1% раствора синтомицина (*Emulsio sintomicini 1%*). Этой эмульсией пропитывается ватный тампон, который вводится во влагалище и оставляется там до 24 часов. Процедура эта повторяется через день. Лечение обычно продолжается неделю.

Трихомонадный вагинит (кольпит) (*trichomoniasis, colpitis trichomonada*). Принято считать, что преобладающее большинство кольпитов и вульвовагинитов имеет в основе трихомонадную этиологию. На нашем материале, собранном в течение 1942—1945 гг., трихомонадная его этиология была установлена у 68,2% женщин, больных кольпитом, т. е. более чем у $\frac{2}{3}$ всех больных кольпитом и вульвовагинитом (Е. Г. Суворкина).

Trichomonas vaginalis относится к простейшим жгутиковым (*Protozoa flagellata*). Длина ее 25—30 μ . Трихомонада имеет овальную, грушевидную форму. На переднем, более широком, закругленном конце, вблизи *cytostoma*, различимы ядро простейшего и парабазальные тельца, из которых исходит 3—5 жгутиков. По оси тела снаружи располагается волнообразная перепонка, а в глубине — упругий скелетный тяж, аксостиль. Активно двигаясь во влагалищной среде, трихомонада захватывает микроорганизмы и отторгнувшиеся эпителиальные клетки и, приближая их к *cytostoma*, проглатывает. В теле трихомонады можно обнаружить проглоченные ею микробы, лейкоциты, эритроциты и даже сперматозоиды.

Считают, что трихомонада жадно поглощает гликоген, содержащийся в клетках влагалищного эпителия, так как слизистая влагалища в большей или меньшей степени лишена гликогена. Отсутствие или понижение количества гликогена в эпителии влагалища создает благоприятные условия для развития разнообразной микробной флоры. Действительно, в случаях трихомонадного кольпита обычно обнаруживается резкое микробное загрязнение влагалища — III—IV степени чистоты. Такого взгляда на патогенез трихомонадного кольпита, непосредственным возбудителем которого признается сама трихомонада, придерживается большинство отечественных авторов (В. С. Груздев, К. К. Скробанский и др.).

Однако этой точке зрения противоречит тот общеизвестный факт, что во влагалище совершенно здоровой женщины, при отсутствии каких бы то ни было симптомов кольпита можно обнаружить типичные влагалищные трихомонады, иногда в значительном количестве. Очевидна непатогенность этих трихомонад, морфологически ничем не отличающихся от трихомонад, обнаруживае-

рых при
трихомо
Установ
высших о
тормозны
ют основ
инфекции
и органов
лишь еще
Для про
должны
же долж
логическ
в 1942—
материал
а) Т
хомонад
далеко
19,6% э
Е. Г. С
женщин
т. е. у
б) 1
годы (1
хомона
число
27,3%
яичник
вагини
ниям
во вр
женни
войн
имел
при
в) 1
нейш
для
П
носи
извес
З
разл
7 пра

рых при кольпитах. Такое состояние расценивается как трихомонадоносительство (К. Ф. Славянский).

Условия жизнедеятельности организма, состояние высших отделов его нервной системы, гармония между тормозными процессами и процессом раздражения играют основную роль в восприимчивости к той или иной инфекции организма в целом или отдельных его систем и органов. Само по себе наличие трихомонад во влагалище еще не говорит о трихомонадном заболевании. Для проявления своих патогенных свойств трихомонады должны найти особые условия во влагалище: последнее же должно быть, как иногда говорят, способно к патологическому ответу на трихомонадную инвазию. Изучая в 1942—1945 гг. этот вопрос на большом и разнообразном материале, мы могли убедиться в следующем.

а) Трихомонадоносительство, т. е. обнаружение трихомонад во влагалище у совершенно здоровых женщин, далеко не редкое явление. Оно наблюдалось нами у 19,6% здоровых женщин. Сотрудница нашей клиники Е. Г. Суворкина в 1949 г. среди 722 обследованных ею женщин обнаружила трихомонадоносительство у 406, т. е. у 56,1%.

б) При выпадении функции яичников в молодые годы (например, при аменорее военного времени) трихомонадоносительство наблюдается редко — в 4,5%, но число больных трихомонадным кольпитом достигает 27,3% по отношению к числу женщин с дисфункцией яичников. При этом обычно имеют место явления вульвовагинита, что может ошибочно приписываться нарушениям женщинами гигиенических мероприятий, особенно во время менструации. Аналогичные явления, но выраженные еще в большей степени, наблюдались в годы войн 1914—1918 и 1941—1945 гг. у женщин, у которых имела место аменорея на почве недоедания, особенно при гипо- и авитаминозах.

в) У тех трихомонадоносительниц, которые в дальнейшем беременели, нередко развивался характерный для трихомонадной этиологии вульвовагинит.

Приведенные факты показывают, что трихомонадоносительство, являясь невинным состоянием, может при известных условиях превратиться в патологическое.

Заражение влагалища трихомонадами происходит различными путями. Согласно нашим наблюдениям,

трихомонады попадают во влагалище чаще всего с водой. Так, в 1943 г. нами было обращено внимание на то обстоятельство, что у женщин, купавшихся в летнее время в стоячих водоемах, озерах, непроточных прудах и т. п., часто возникали кольпиты. Бактериоскопическое исследование обнаруживало трихомонадную этиологию заболевания.

Возможность приобретения кишечными трихомонадами (*Trichomonas intestinalis*) или трихомонадами полости рта (*Trichomonas buccalis*) патогенных качеств при их попадании во влагалище и длительного вегетирования не вызывает сомнения. Это обязывает врача учитывать указанный источник возникновения трихомонадного кольпита при проведении лечебных и профилактических мероприятий.

В литературе имеются указания на то, что трихомонады могут попадать во влагалище при спринцевании необеззараженной водой, пользовании губкой или наконечником, которым до этого пользовалась больная женщина. Особого внимания заслуживают случаи обнаружения трихомонадоносительства у мужчин — нахождение влагалищных трихомонад в мужской уретре, а также случаи заражения мужчин трихомонадным уретритом после полового сношения с женщиной, болеющей трихомонадным кольпитом (Матвеев, Корчемник и др.). Мужчина, больной уретритом трихомонадной этиологии, может инфицировать женщину.

Приведенные факты свидетельствуют о том, что в некоторых случаях возможно контактное заражение трихомонадным вульвовагинитом. Вопрос этот требует дальнейшего изучения, но и теперь такая возможность должна учитываться врачом при рекомендации профилактических мероприятий.

Трихомонады могут быть обнаружены не только в жидком содержимом влагалища или в его стенках. Как показали исследования Е. Г. Суворкиной и других, они нередко обнаруживаются также в шеечном канале, уретре и прямой кишке вместе с *Trichomonas intestinalis*. Естественно, что это обстоятельство играет громадную роль при лечении больных трихомонадными кольпитами.

Симптомы трихомонадного кольпита те же, что и при кольпитах иной этиологии. Больные жалуются на обильные бели, в острых случаях разъедающие, жжение,

зуд и чувство тяжести во влагалище, а если к вагиниту присоединяется вульвит, то и в области наружных половых органов.

Объективно в острой стадии заболевания обнаруживаются уже описанные характерные явления, свойственные неспецифическим вульвовагинитам. При исследовании с помощью зеркал обращает на себя внимание, помимо резкой гиперемии слизистой влагалища, выраженная мацерация его эпителия. Вследствие этого даже при осторожном протирании стенок влагалища марлевым шариком он окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде обычно находят обильное скопление желтого гноя с зеленоватым оттенком, иногда жидкой, иногда не очень густой консистенции, но почти всегда пенистого. Такое же отделяемое нередко обнаруживается и в шейном канале, а также в наружной части уретры.

В хронической стадии все указанные явления выражены значительно слабее. Однако количество гноя и характерные его особенности — пенистость, зеленовато-желтый цвет, жидкая консистенция — выступают здесь довольно ясно.

Д и а г н о з трихомонадного кольпита ставится без особого труда на основании характерных жалоб и данных исследования. Трихомонадная этиология подтверждается на основании характерного макроскопического вида гноя и микроскопического его исследования. Для этого капельку гноя помещают в каплю теплого (около 37°) физиологического раствора поваренной соли и исследуют под микроскопом в затемненном поле без окраски. Если не представляется возможным выполнить это исследование на месте, материал направляют в лабораторию. Для этого в стерильную пробирку наливают 5—10 мл теплого физиологического раствора, после чего переносят в него 2—3 капли гноя, взятого из влагалища. Больной рекомендуют немедленно передать пробирку в лабораторию, причем предупреждают, что содержимое пробирки не должно остывать. Целесообразен и легко выполним совет — нести пробирку так, чтобы она находилась в непосредственном соприкосновении с кожей живота, поместить ее между молочными железами или в подмышечную впадину.

Одновременно делают мазок из влагалищного отделяемого, который медленно фиксируют на пламени. При недостаточно бережном нагревании трихомонадные тельца распадаются и в дальнейшем их трудно распознать. В лаборатории такие мазки осматривают после их окраски по Граму. В мазках, особенно в висячей капле, трихомонады легко распознаются по характерному виду и подвижности.

Лечение больных трихомонадным кольпитом довольно затруднительно. Симптомы заболевания обычно скоро исчезают, однако проходит некоторое время и заболевание возобновляется, часто по окончании очередной менструации. Происходит это в тех случаях, когда в половых органах при лечении одного лишь влагалища остаются живые трихомонады, скрывающиеся в шеечном канале и в уретре, куда не проникли лекарственные вещества. Кроме того, нередко не обращают должного внимания на общее состояние больной, играющее, как выше неоднократно говорилось, весьма существенную роль в патогенезе трихомонадного кольпита, не производят обследования мужа и не проводят лечения в случае нахождения у него трихомонад.

Поэтому рациональная терапия больных трихомонадным кольпитом должна включать: а) мероприятия по профилактике, б) лечение общее и в) лечение местное.

а) Профилактические мероприятия следует направить на устранение возможности вторичного заражения: запрещение купаться в непроточных водоемах, спринцеваться некипяченой водой и т. п. Весьма важным и неизменным условием профилактики является также запрещение половых сношений на время лечения и исследование и лечение мужа.

б) Общие лечебные мероприятия должны быть направлены на укрепление общего состояния организма и устранение тех явлений, которые могут быть связаны с возникновением у больной трихомонадного кольпита. В этих целях рекомендуется усиленное питание при упадке его, витамины при гипо- и авитаминозе, особенно аскорбиновая кислота 2—3 раза в день по 0,3, или богатая витаминами пища, гормональная терапия в виде назначения гормонов яичника.

в) Местное лечение заключается в уничтожении возбудителей заболевания — трихомонад. С этой

целью предложено громадное количество средств, перечислить которые не представляется возможным. Отметим только, что каждое из употребляющихся обычно дезинфицирующих средств достигает цели, но при систематическом и правильном применении.

Все известные методы местного лечения трихомонадного кольпита могут быть разделены на две группы: влажный и сухой. Практически более оправдано комбинированное лечение средствами, применяемыми при влажном и сухом методах.

К влажному методу относятся влагалищные ванночки, дезинфицирующие спринцевания, систематическое промывание и смазывание слизистой влагалища, уретры и шеечного канала лекарственным веществом.

Для спринцевания можно пользоваться любым из перечисленных выше дезинфицирующих средств. Особенно часто применяют спринцевание молочной кислотой (Rp. *Acidi lactici* 100,0. DS. По 1 столовой ложке на литр воды. Для спринцевания). Спринцевания производят по общим правилам 2 раза в день.

Смазывание слизистых оболочек влагалища, шеечного канала и уретры производят перекисью водорода, которая особенно пригодна для влагалища, растворами азотнокислого серебра (*Sol. Argenti nitrici*) в возрастающей концентрации: 0,25—0,5—1—2%, а для влагалища и шеечного канала, кроме того, 3% и 5%. Такие смазывания производят ежедневно, если больная хорошо их переносит, в противном же случае — через день. Для этой цели пригодны также 1% растворы метиленовой сини и бриллиантовой зелени в 70° спирту.

С успехом проводят лечение путем введения во влагалище тампонов, пропитанных лекарственными веществами. Кроме тех, которые применяются для лечения неспецифических кольпитов и о которых говорилось выше, целесообразно пользоваться следующими лекарственными смесями:

Rp. *Boracis* 10,0
Glycerini 100,0
MDS. Для тампонов

Rp. *Natrii bicarbonici* 10,0
Glycerini 100,0
MDS. Для тампонов

К сухому методу относятся различного рода припудривания слизистой влагалища. Наиболее испытанными являются припудривания борной кислотой, бурой и осарсолом.

Припудривание влагалища производят ежедневно следующим образом. Обнажив стенки влагалища зеркалами, сначала обсушивают их сухим марлевым шариком, а затем наносят на них в виде мелкой пыли одно из названных средств до тех пор, пока мельчайшие пылинки не покроют ровным тонким слоем всю слизистую оболочку и ее складки, шейку матки и видимую, нередко зияющую, часть ее канала. Необходимо также тщательно обработать и припудрить наружные половые органы, область заднего прохода, промежность, верхние отделы внутренней поверхности бедра. Если применяется осарсол, то необходимо строго придерживаться определенной дозировки (Osarsoli 0,3; Glucosi 1,0). Осарсол является мышьяковистым препаратом и очень ядовит, воспаленная же слизистая влагалища обладает достаточно выраженной всасывающей способностью. На следующий день производят спринцевание. Эти процедуры производят попеременно, пока во влагалищном отделяемом обнаруживаются трихомонады, когда же они стойко исчезают, лечение прерывают. Через 10—12 дней производят повторное исследование влагалищного отделяемого на трихомонады. Одновременно, в случае надобности, проводят лечение мужа.

Можно испробовать лечение трихомонадного кольпита фитонцидами лука, редьки или чеснока. Из луковицы непerezимовавшего лука, из редьки или чеснока готовят кашку и заполняют ею мешочек из марли, который закладывают во влагалище на 24 часа. Затем мешочек удаляют и производят спринцевание влагалища теплым раствором поваренной соли (1 столовая ложка на литр кипяченой воды). Пользуясь этим методом с 1940 г., мы не наблюдали никаких побочных отрицательных явлений. Благоприятные результаты лечения можно объяснить дезинфицирующими свойствами сока лука (и чеснока) и биологическими его качествами (Б. П. Токин, А. М. Фой).

Выбор для каждой отдельной больной наиболее выгодной комбинации средств как из влажных, так и из сухих методов зависит от опыта врача. Обычно курс

лечения при ежедневном проведении процедур продолжается около 10 дней. В дальнейшем больная подлежит наблюдению в течение 8—12 недель, т. е. в течение не менее чем двух менструальных циклов.

Лечение трихомонадных кольпитов может быть проведено и по следующей схеме: 1) назначается общее лечение, в зависимости от состояния больной (гормоны, диета, витамины и т. п.); 2) ежедневно утром сама больная спринцуется раствором молочной кислоты; 3) через два дня на третий, всего 6—8 раз, производится следующая процедура: обнаженные зеркала стенки влагалища обсушивают сухой стерильной марлей и протирают в течение 1—2 минут ватным шариком, обильно смоченным 40% раствором гипосульфита (*Sol. Natrii hyposulforosi 40%*). После этого влагалище протирают в течение 1—2 минут ватным шариком, на этот раз пропитанным раствором соляной кислоты по следующей прописи:

Rp. *Acidi hydrochlorici* 30,0
Aq. destill. 70,0
MDS. Наружное

Одновременно во всех случаях теми же средствами обрабатывают шеечный канал, уретру, прямую кишку, наружные половые органы, область заднего прохода, промежность и верхние отделы внутренней поверхности бедер.

Этот метод лечения, предложенный нашим сотрудником А. А. Ивановым и испытанный в нашей клинике Е. Г. Суворкиной, у 93% больных, прослеженных до 4 месяцев, дал стойкое излечение. Недостатками метода являются наблюдаемые изредка раздражение слизистой влагалища, неприятный запах сероводорода из влагалища непосредственно после процедуры и длительность лечения.

Необходимо добавить, что, по глубокому нашему убеждению, роль трихомонад в происхождении белей сильно преувеличивается: бели являются наиболее частым симптомом гинекологических заболеваний и сопутствуют большинству из них, трихомонады же являются аборигенами («постоянными жителями») влагалища. Поэтому, если у женщины, у которой появились и усилились бели по какой-нибудь причине, не связанной с трихомонадами (например, вследствие общего малокро-

вия, смещения внутренних половых органов и т. п.), обнаруживают трихомонады в мазке, взятом из влагалища, диагноз «трихомонадная инвазия» готов и женщину считают больной не обоснованно.

Это обязывает врача тщательно взвесить все обстоятельства перед тем, как он решится поставить этот диагноз и сообщить его больной.

Грибковые кольпиты (*colpitis mico- tica*) возникают преимущественно в результате внедрения различных грибов, чаще всего — плесневого (*Oidium albicans*, *Leptotrix vaginalis* и др.). На местах, пораженных грибом, при осмотре влагалища при помощи зеркал видны белые или желтоватые налеты — бляшки величиной с горошину, плотно сидящие на покрасневшей слизистой оболочке. Налеты удается отделить от подлежащей ткани протиранием влагалища марлевым шариком; обнажившиеся при этом участки слизистой кровоточат. При микроскопическом исследовании снятого налета обнаруживается густая сеть нитей грибка и споры.

Больные грибковыми кольпитами обычно жалуются на зуд и жжение во влагалище, умеренно или резко выраженные, а также на гнойные, не всегда обильные выделения. Заболевают женщины в период половой зрелости, чаще всего во время беременности.

Диагноз ставится на основании жалоб и объективной картины, характерной для вагинитов или вульвовагинитов. Грибковую этиологию заболевания устанавливают при исследовании мазка — на основании нахождения в налете нитей грибка и его спор. Однако последние нередко находятся и в совершенно здоровом влагалище, поэтому диагноз грибкового кольпита следует ставить лишь в тех случаях, когда грибки и их споры обнаруживаются при наличии выраженного кольпита с характерными налетами.

Лечение больных грибковыми кольпитами состоит в смазывании всей слизистой оболочки влагалища 2—3% раствором азотнокислого серебра с последующим тщательным обсушиванием и введением во влагалище на 4—6 часов нескольких выполняющих влагалище тампонов, пропитанных 5% раствором таннина в глицерине. Такие процедуры повторяют, в зависимости от того, как их переносит больная, ежедневно или через день.

Обычно в течение 10—14 дней наступает полное излечение. У беременных, у которых чаще всего и наблюдается грибковый кольпит, нередко наступает самоизлечение в течение первых двух недель послеродового периода.

Кольпиты при инфекционных заболеваниях наблюдаются преимущественно в раннем детском возрасте, хотя нередко они встречаются и у взрослых женщин. В таких случаях речь идет или об истинной дифтерии влагалища, что бывает очень редко, или значительно чаще о ложной — при скарлатине, кори, тифах, оспе, дизентерии, пневмонии. Диагноз ставят на основании выраженной картины вульвовагинита, возникшего при общем инфекционном заболевании.

О возможности такого осложнения должен помнить каждый врач, чтобы своевременно выявить заболевание и немедленно приступить к лечению, наряду с общим лечением основного заболевания. Это позволит предотвратить сравнительно нередкое осложнение подобного рода кольпитов — стеноз или даже полную атрезию влагалища. Такое осложнение особенно угрожает детям, заболевшим кольпитом в связи с общей инфекцией.

При лечении надо иметь в виду главным образом основное заболевание. Во влагалище, через отверстие девственной плевы, вводится с помощью катетера раствор пенициллина, стрептомицина или другого антибиотика (по 1—2 раза в день). Наряду с этим, при достаточной проходимости отверстия девственной плевы больным может быть рекомендовано ежедневное, крайне бережное введение во влагалище на 6—8 часов узкой марлевой полоски, пропитанной 2—5% раствором таннина в глицерине. Этим, помимо дезинфекции, предотвращается плотное прилегание передней и задней стенки влагалища и возможность их склеивания.

Эндогенные кольпиты. Под эндогенными кольпитами мы подразумеваем кольпиты, обусловленные общим неинфекционным заболеванием, изменившим биологические особенности влагалища и создавшим предпосылки для развития вульгарного воспаления.

Из этой группы особого внимания заслуживает старческий кольпит (*colpitis senilis*). Это довольно частое заболевание женщин, у которых уже установилась менопауза. Наблюдается он обычно у жен-

щин старше 50 лет. В связи с угасанием функции яичников влагалищные стенки подвергаются атрофическим процессам: эпителий резко истончается, слегка слущивается, причем обнажается сосочковый слой, дающий кровоточащие грануляции (*colpitis haemorrhagica*). Одновременно с этим усиливается развитие рубцовой соединительной ткани. Влагалище сморщивается, стенки его становятся гладкими, бледными, блестящими, иногда с точечными кровоизлияниями. При соприкосновении участков, лишившихся эпителия, они склеиваются, что приводит к возникновению слипчивого кольпита (*vaginitis s. colpitis adhaesiva*). Естественно, что столь существенные изменения в морфологической структуре влагалищных стенок отражаются и на их физиологии: постепенно понижается кислотность влагалищной среды, нередко переходя в щелочную реакцию. Это создает благоприятные условия для развития и повышения жизнедеятельности влагалищной микробной флоры, а соответственно и для возникновения кольпита, обычно принимающего хроническое течение.

Основным симптомом старческого кольпита являются бели, иногда очень обильные. В некоторых случаях выделения бывают окрашены кровью, что особенно беспокоит больных. Однако старческие кольпиты протекают часто бессимптомно и даже совершенно незаметно для больной.

Диагноз ставится на основании характерного состояния влагалища — бледности, плотности, сморщенности, точечных кровоизлияний, наличия спаек, кровоточащих при их разъединении во время внутреннего исследования. Существенно важно не упустить начинающийся рак, приняв его за старческий кольпит. В целях дифференциальной диагностики нередко необходимо произвести биопсию стенок влагалища или пробное выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием.

Лечение больных старческим кольпитом в основном должно быть направлено на укрепление организма: рыбий жир, витамин В₁, растительная диета, лечение фруктами, особенно виноградом. Местное лечение — симптоматическое, как при вульгарных кольпитах.

В. Воспалительные заболевания матки

Воспаление шейки матки (metritis colli)

Воспалительные процессы в шейке матки могут наблюдаться или только в слизистой ее оболочке (endocervicitis), что имеет место в большинстве случаев, или во всей шейке в целом (metritis colli).

Этиология, патогенез. Слизистая оболочка шеечного канала хорошо защищена от микробов. В этом отношении известную роль играют бактерицидные свойства кислой влагалищной среды, затрудняющие проникновение микробов в канал. Не меньшее значение имеет и слизистая пробка — продукт жизнедеятельности желез шеечного канала. Она выполняет просвет канала и не только представляет для микробов, проникших в область наружного его отверстия, механическое препятствие, но и оказывает на них бактериолитическое действие.

Тем не менее нередко создаются условия, благоприятствующие проникновению микробов в шеечный канал. В физиологических условиях это имеет место во время полового акта, когда во время оргазма слизистая пробка выталкивается из канала, после чего микробы вместе со сперматозоидами легко попадают в него.

Еще более благоприятные условия для проникновения микробов создаются во время менструации, когда в шеечном канале нет слизистой пробки, а кислая влагалищная среда оказывается ощелоченной менструальными выделениями, которые сами по себе являются хорошей питательной средой для большинства микробов.

Иногда микробы заносятся непосредственно в шеечный канал или даже в толщу шейки. Так, в шеечный канал могут попасть стрептококки и стафилококки при зондировании матки, а в толщу шейки — при ее захватывании пулевыми щипцами, равно как и при ряде других медицинских манипуляций, выполненных с нарушением правил асептики и антисептики.

Не меньшую роль играют повреждения целостности шейки матки, наблюдающиеся преимущественно в связи с абортом или родами. Воспалительный процесс в таких случаях может развиваться или в ближайшие дни, или значительно позже. Так бывает, например, в результате двусторонних боковых разрывов шейки матки, когда посте-

ленно образуется эктропион — выпячивание слизистой шейечного канала в просвет влагалища. Вывороченная часть слизистой шейки приходит в соприкосновение с чуждой для нее кислой средой влагалища. Это приводит к развитию катаррального воспаления слизистой шейечного канала, вследствие чего усиливается отделение щелочного секрета железами шейки матки. Химизм влагалищной среды изменяется, создаются благоприятные условия для развития инфекции во влагалище и в шейечном канале матки. При этом, естественно, поражается и многослойный плоский эпителий, покрывающий шейку матки со стороны влагалищных сводов и резко отграниченный от слизистой шейечного канала на уровне наружного маточного зева.

Под влиянием воспалительной гиперемии и отека происходит слущивание многослойного эпителия вокруг наружного зева и обнажается сосочковый слой соединительной ткани. Образуется кровотокающая эрозия, которая своим насыщенным красным цветом резко выделяется на бледнофиолетовом матовом фоне поверхности здоровой части шейки матки. При гистологическом исследовании эрозии обнаруживаются характерные для воспалительного процесса явления: многочисленные расширенные и наполненные кровью сосуды, отек стромы и мелкоклеточная ее инфильтрация, состоящая преимущественно из лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитоподобных форм гистиоцитарного происхождения (К. П. Улезко-Строганова).

От истинной эрозии следует отличать ложную эрозию. Сущность морфологических изменений, наблюдающихся при образовании ложной эрозии, заключается в смещении эпителия слизистой оболочки шейечного канала за пределы последнего и замещении им эпителия, покрывающего шейку матки.

Наслоившийся на пораженный участок высокий цилиндрический эпителий нередко проникает в толщу шейки матки в виде железистых выпячиваний. В таких случаях между группами вросшего железистого эпителия строма слизистой образует сосочковые выпячивания, покрытые цилиндрическим эпителием. Возникает ложнососочковая эрозия (*pseudoerosio papillaris*). При осмотре поверхность ложнососочковой эрозии представляется слегка бугристой, а на ощупь — бархатистой. Эпителий,

покрывающий сосочки, легко разрушается, и ложносо-
сочковые эрозии могут кровоточить.

Вследствие нарастания эпителия на поверхность эро-
зии, а может быть, и в результате перегибов образовав-
шихся железистых ходов последние нередко закрываются,
и секрет, не находящий себе выхода, накапливается и ра-
стягивает полость железы. Железа превращается в ре-
тенционную кисту, которая, в зависимости от количества
скопившегося в ней секрета, имеет различные размеры —
от просыаного зерна до лесного ореха. Подобные кисты
нередко образуются во всей толще шейки матки, которая
подвергается в таких случаях так называемой фолли-
кулярной гипертрофии. Такой вид ложной эр-
зии носит название фолликулярной ложной
эрозии (*pseudoerosio follicularis*), а ма-
кроскопические видимые ретенционные кисточки — на-
ботовыми яичками (*ovula Nabothii*).

Иногда слизистая шейечного канала в результате дли-
тельного воспаления гипертрофируется, утолщается и
собирается в складки, вдающиеся в просвет канала. При
дальнейшем разрастании участок слизистой, включаю-
щий наботова яичко, превращается в слизистый по-
лип (*polypus cervicis*), связанный со слизистой шейеч-
ного канала широким основанием или тонкой ножкой.
По мере роста полипа и его выхождения из шейечного
канала ножка удлиняется и становится тоньше. При
хроническом воспалении шейечного канала таких полипов
может быть обнаружено несколько, причем иногда они
достигают значительных размеров. Полипы легко кро-
воточат даже при осторожном прикосновении к ним.

Одним из поздних проявлений хронического воспале-
ния шейки матки являются так называемые белые
пятна на ее слизистой (*leukoplakia*). Эти соединительно-
тканные рубцовые белесоватые утолщения, имеющие ше-
роховатую поверхность, возникают вследствие ороговения
многослойного плоского эпителия, покрывающего влага-
лищную часть шейки матки. Лейкоплакия может в даль-
нейшем оказаться исходным пунктом для возникновения
ракового процесса.

Симптомы, клиническое течение, диа-
гностика. Острая стадия воспаления шейечного канала
обычно сопровождается общей реакцией: подъемом тем-
пературы (редко выше 38°) с общим недомоганием.

Более выражены местные симптомы — боли в нижней части живота и в крестце, гнойные, обильные, густые выделения. Нередко присоединяются симптомы вторичного кольпита или вульвовагинита. В большинстве случаев воспаление ограничивается одним лишь шейечным каналом, но иногда, наряду с ним, наблюдаются явления кольпита или вульвовагинита. Микробы, проникая из шейечного канала в мышечный слой шейки матки, вызывают в нем воспалительный процесс, и возникает метрит шейки (*metritis colli*). Иногда метрит шейки возникает первично. Так бывает, например, при наложении на шейку матки недостаточно дезинфицированных пулевых щипцов. При эндоцервиците с присоединившимся к нему метритом шейки указанная выше реакция организма на инфекцию бывает выражена довольно резко.

Описанные острые явления в большинстве случаев вскоре стихают, и, если не наступило излечение, процесс переходит вначале в подострую, а затем в хроническую стадию. При этом возникает одна из перечисленных выше форм хронического метрита шейки: ложная эрозия, полип и т. п.

В хронической стадии больные жалуются в основном на бели, имеющие различный характер в зависимости от микроба-возбудителя и типа поражения. Сукровичные или кровяные выделения указывают на наличие эрозии или полипа шейки матки.

При двуручном исследовании в острой стадии определяется некоторое утолщение, отечность и болезненность шейки; в хронической стадии шейка, наоборот, безболезненна, но плотна. Большей частью при этом обнаруживается зияние шейечного канала, выраженное в различной степени. Гипертрофию шейки легко распознать пальпаторно по увеличению ее объема, плотности и бугристости. Эрозии заподозревают по бархатистости, ощущаемой вокруг шейечного канала исследующими пальцами. Полипы, как и эрозии, определяют пальпаторно лишь в выраженных случаях, когда они достигли значительного развития. Наботовы яички прощупываются как просовидная высыпь на шейке матки, а наиболее крупные из них — по округлой форме и туго-эластической консистенции.

Значительно более существенные и точные данные получают при исследовании шейки матки с помощью зеркал. В таких случаях эндоцервицит легко обнаружи-

вают по густым, утратившим прозрачность шеечным выделениям, а также по резкой гиперемии видимой части шеечного канала. Легко обнаруживается и эрозия по характерному ее виду.

Характер микробов, вызвавших заболевание, определяют путем бактериологического исследования патологического отделяемого канала шейки матки.

Во избежание ошибок, иногда роковых, необходимо при осмотре шейки матки иметь в виду следующие обстоятельства.

Нормальная слизистая оболочка шеечного канала и в невоспаленном состоянии имеет яркокрасный цвет и легко травмируется, так как она покрыта нежным однослойным цилиндрическим эпителием. Такая картина может привести к ошибочному заключению о наличии эндоцервицита, а обнаруживающийся эктропион может быть ошибочно принят за эрозию. Однако наличие ровной границы между слизистыми шеечного канала и шейки матки, а также характерная складчатость слизистой шейки (*plicae palmatae, s. arbor vitae*) являются достаточно надежными дифференциально-диагностическими признаками.

При наличии на шейке матки или в шеечном канале раковой эрозии последняя может быть принята за ложную эрозию. Дифференциально-диагностическими признаками раковой эрозии будут: ее кратерообразный вид (при эндофитной форме рака) или в виде цветной капусты (при экзофитной форме рака); кровоточивость значительно резче выражена при раковой язве, чем при ложной эрозии; консистенция плотная при раке и мягкая при ложной эрозии. Известное значение также имеет и реакция язвы на лечение: ложная эрозия при правильном лечении заживает в сравнительно короткий срок. Однако все эти признаки мало надежны, тем более что доброкачественная эрозия может подвергнуться раковому превращению, что наблюдается сравнительно нередко. Поэтому подозрительные на вид или не заживающие в течение 7—15 дней эрозии должны подвергаться гистологическому исследованию путем биопсии. Существенные данные могут быть получены и методом кольпоскопии подозрительного на рак участка шейки матки; кольпоскоп позволяет получить увеличение рассматриваемой ткани до 30 и более раз.

Сказанное целиком относится и к полипам шеечного канала, которые также могут подвергаться злокачественному превращению. Начальные стадии этого тяжелого осложнения обнаруживаются обычно лишь путем гистологического исследования удаленного полипа.

Д и а г н о з острого и хронического воспаления шейки матки, как и различных его осложнений, обычно легко установить. Но для этого необходимо, чтобы врач помнил о возможности перечисленных состояний и произвел очень тщательно не только двуручное исследование, но обязательно и осмотр шейки матки и влагалища при помощи зеркал.

Лечение больных острым и подострым воспалением шейки матки требует соблюдения покоя. Наружные половые органы обмывают дезинфицирующими растворами. Внутрь назначают сульфаниламидные препараты (по 1,0 сульфидина 6 раз в день в первые 4 дня и 3 раза в день — в последующие 3—4 дня). Производят инъекции пенициллина по 50 000 — 100 000 единиц через каждые 3 часа до падения температуры, особенно при подозрении на гонококковую или стрептококковую этиологию заболевания.

Одновременно назначают болеутоляющие свечи, лучше всего из белладонны, по прописи:

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos.
D. t. d. N. 6
S. По 1 свече в задний проход во время болей,
2—3 раза в день

При затихании процесса применяют спринцевания теплыми растворами соды для удаления слизи (1 столовая ложка очищенной двууглекислой соды на литр воды). Спринцевания следует производить очень осторожно под низким давлением.

При хроническом воспалении шейки матки лечение проводят так же, как и при хроническом кольпите. Местно назначают смазывание воспаленной слизистой последовательно 1—2—3% растворами азотнокислого серебра один раз каждые 2—3 дня. Смазывание производят тоненькой полоской марли, которую наматывают на шероховатый зонд и смачивают указанным раствором. Зонд не следует продвигать до внутреннего зева, а тем более — выше него, так как это может привести к занесе-

нию инфекции в полость тела матки. После смазывания во влагалище вводят тампон, пропитанный 5% раствором танина в глицерине. Тампон должен быть туго прижат к паружному отверстию шейечного канала. Тампон удаляют через 6—8 часов и производят спринцевание влагалища любым дезинфицирующим раствором; особенно пригоден для этого раствор неочищенного древесного уксуса по приведенной выше прописи.

Выраженные наботовы яички опорожняют от жидкого содержимого уколами или насечками, производимыми с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Если появляется кровотечение, то его останавливают, прижимая кровоточащие участки марлевым шариком. Затем во влагалище вводят несколько ватных тампонов, пропитанных 5% раствором танина в глицерине.

При лечении больных хроническим воспалением шейки матки широко применяют и различные физические методы по тем же принципам, что и при лечении хронических воспалений внутренних половых органов, о чем речь будет в дальнейшем.

Эрозии и полипы шейки матки. При ложных эрозиях и полипах основное внимание должно быть обращено на лечение эндоцервицита. Опыт показывает, что при лечении одной лишь эрозии, без воздействия на вызвавший ее эндоцервицит, заживление происходит медленно и вскоре наступает рецидив. В то же время успешное лечение эндоцервицита приводит к «самозаживлению» эрозии.

Для лечения эрозии рекомендовано множество средств и методов. Хорошие результаты дают правильно выполненные влагалищные спринцевания. Для этой процедуры больная ложится на спину с несколько приподнятым газом. Спринцевание производится сначала медленной струей слабого раствора очищенной двууглекислой соды (1 столовая ложка на литр воды) для разжижения и удаления слизи, а вслед за этим — теплым раствором вяжущих или дезинфицирующих средств, прописи которых приведены выше. По окончании процедуры больную оставляют в лежачем положении около 10 минут для того, чтобы задержавшаяся в заднем влагалищном своде жидкость омывала эрозированную поверхность шейки. Первые 3—4 дня спринцевания производятся 1—2 раза ежедневно, а затем через день.

При таком методе спринцеваний может отпасть необходимость в лечении шеечными ванночками. Последние делают следующим образом. Обнажив влагалищную часть шейки матки цилиндрическим зеркалом, ее обсушивают ватным шариком. В зеркало вливают вяжущий дезинфицирующий раствор в таком количестве, чтобы эрозированная поверхность шейки была полностью в него погружена. Для таких ванночек пользуются обычно 0,5—1% раствором азотнокислого серебра, а также 1—2% растворами молочной кислоты, древесного уксуса и танина (As. tannicum) и других средств. Продолжительность ванночки около 5 минут.

Хорошие результаты получают при лечении эрозии тампонами. Состав лекарственного вещества и методика применения те же, что и при лечении кольпитов и эндометритов. Особенно важно, чтобы лекарственный тампон был прижат к эрозированной поверхности.

В отдельных случаях лечение спринцеваниями и ванночками не приводит к заживлению эрозий и даже поддерживает воспалительный процесс. Поэтому А. И. Серебров предложил вводить во влагалище жирные мази или жидкие масла: вазелиновое масло или рыбий жир. Техника введения масла или жира такая же, как при выполнении шеечных ванночек. После введения лекарственного вещества больная несколько минут продолжает лежать на спине, а затем закрывает половую щель куском марли и встает. Введение масла или жира проводят ежедневно или через день.

В последнее время лечение эрозий успешно осуществляется методом электрокоагуляции, разработанным Я. Ф. Вербовым, С. А. Ягуновым, Г. А. Келлат и др. Однократный сеанс электрокоагуляции, достаточный в большинстве случаев для излечения эрозии, производят после предварительного лечения вызвавшего ее эндометрита, а также в случае неэффективности консервативных методов.

Перечисленные методы лечения приводят обычно к заживлению эрозий в течение 15—20 дней. Если к этому сроку излечение не наступило или, во всяком случае, не появилось выраженной эпителизации эрозии, необходимо произвести биопсию с последующим гистологическим исследованием в целях исключения рака.

Если исследование дало отрицательный результат, но

эрозия долго не заживает, или она расположена на патологически измененной шейке матки (эктропион, гипертрофия, обилие nabot'skikh яичек и т. п.), показано оперативное лечение — ампутация шейки матки. В дальнейшем производят повторные биопсии в нескольких участках с целью тщательного гистологического исследования. Когда эрозированным является эктропион, следует после установления доброкачественности процесса и заживления эрозии произвести пластическую операцию на шейке матки для восстановления нормального ее состояния.

Полипы шейки лечат оперативно путем откручивания их и последующего выскабливания всей полости матки. Удаленный полип, как и полученный соскоб эндометрия, обязательно подвергают гистологическому исследованию в целях исключения злокачественности процесса.

Воспаление тела матки (endometritis, metroendometritis, perimetritis)

Этиология и патогенез. Выше уже отмечалось, что полость матки хорошо защищена от инфекции. В этом отношении особую роль играют бактерицидность влагалищного секрета и шейная слизистая пробка, механически преграждающая микробам путь в полость матки и уничтожающая их благодаря своим бактериолитическим свойствам. Нельзя также недооценивать значение ежемесячно наступающего отторжения функционального слоя эндометрия, поскольку таким путем происходит периодическое самоочищение полости матки.

Однако эти процессы при известных условиях могут оказаться ослабленными или даже вовсе отсутствовать. Следует учитывать, что во время менструации при отторжении функционального слоя эндометрия в базальном его слое остаются частицы отторгнувшихся желез, в которых могут находиться микробы, вызвавшие воспаление. Эти микробы, размножаясь в возрождающемся новом слое эндометрия, могут поддерживать воспалительный процесс.

Эндометрий, который и в физиологических условиях не безусловно защищен от инфекции, становится очень уязвимым во время аборта, родов, послеродового и послеабортного периодов. Как уже было сказано, инфек-

ция может быть занесена в матку и при различного рода медицинских манипуляциях и операциях, если нарушены правила асептики.

Эндометрит вызывается чаще всего стрептококками, стафилококками и гонококками, значительно реже — туберкулезной палочкой и другими микробами.

Попав в полость матки, микроорганизмы прививаются на том из участков эндометрия, где для этого оказались благоприятные условия. У беременных таким участком чаще всего является плацентарная площадка, а у небеременных — обнажившийся во время менструации базальный слой эндометрия. Гонококки проникают в выводные протоки и полости желез; но они могут прививаться в эндометрии и при отсутствии в нем раневой поверхности.

На месте внедрения микробов происходят нарушения трофической функции нервной системы поврежденного участка ткани. В результате повышается проницаемость тканей и развиваются характерные для воспаления расстройства обмена веществ (Д. Е. Альперн), острая воспалительная реакция в виде усиленного притока крови, отека, мелкоклеточной инфильтрации, состоящей из лейкоцитов, лимфоцитов и т. п. Отек и инфильтрация межжелезистой соединительной ткани приводят к сдавлению и сужению просветов желез, в эпителии которых обычно также обнаруживаются те же микробы и лейкоциты. Железистый и покровный эпителий эндометрия слущивается. Микроскопически он представляется отечным, утолщенным до 1 см вместо 2—3 мм и резко гиперемизованным. Нередко в эндометрии обнаруживают некротизирующиеся или даже изъязвленные участки и полипозные разрастания. На воспаление эндометрия реагирует весь организм, в том числе и матка, в которой наблюдается застойная гиперемия и серозное пропитывание. Матка несколько увеличивается в объеме и становится мягкой и болезненной.

При хроническом метрите разрастающаяся между мышечными пучками соединительная ткань ведет к их атрофии (К. П. Улезко-Строганова). В результате соединительнотканые элементы в матке начинают преобладать над гладкомышечными. За счет разрастания соединительной ткани матка в $1\frac{1}{2}$ —2 раза увеличивается

в объеме и становится плотной. Сократительная ее способность при этом снижается.

Микроскопически в матке обнаруживают мелкоклеточную инфильтрацию, особенно вдоль стенок кровеносных и лимфатических сосудов. Инфильтрат состоит из тех же элементов, что и в острой стадии воспаления, но содержит значительно меньше лейкоцитов и моноцитонных форм гистиоцитарного происхождения. В инфильтрате всегда находятся в большем или меньшем количестве плазматические клетки. В большинстве случаев воспалительный процесс ограничивается эндометрием. Острая стадия процесса постепенно стихает и, если не наступило излечения, переходит в подострую, а вслед за тем — в хроническую стадию. Слизистая оболочка матки при этом истончается вследствие рубцевания межжелезистой ткани, кровеносные сосуды сдавливаются, в результате чего нарушается питание эндометрия. Атрофируется и часть желез. Такое атрофическое состояние эндометрия при хроническом воспалении очень напоминает эндометрий старческой матки. Атрофировавшийся эндометрий не может нормально реагировать на импульсы, исходящие из яичников во время менструального цикла, почему и этот последний расстраивается.

Когда пораженной оказывается вся мускулатура матки, а в периметрии уже выражено реактивное воспаление, говорят о воспалении матки — метрите (metritis). Ввиду того что воспалительный процесс возникает в связи с имевшимся уже ранее эндометритом, его обозначают термином метроэндометрит (metroendometritis). Если же в периметрии обнаруживаются не только реактивные явления, но и истинный воспалительный процесс в результате инфекции, то говорят о периметрите (perimetritis). Последний является частным проявлением воспаления брюшины малого таза. Инфекция из эндометрия может распространиться по направлению к боковым отделам матки, не покрытым брюшиной. Проникнув в межсвязочную околоматочную клетчатку, инфекция может вызвать воспаление клетчатки — параметрит (parametritis).

Симптомы. Клиническое течение. При остром эндометрите (метроэндометрите) общая реакция организма выражается в повышении температуры, общем недомогании, болезненности в нижней

части живота, нередко с иррадиацией в крестец и бедра. Температурная реакция и степень недомогания зависят от общей реакции организма на инфекцию, от состояния тканей, где локализовалась инфекция, размеров и места расположения раневой поверхности и т. п. Общие явления особенно выражены при послеродовых и послеабортных метроэндометритах, чаще всего возникающих под влиянием стрепто- и стафилококковой инфекции.

К местным симптомам относятся боли в области пораженных органов и обильные гнойные выделения.

Д и а г н о з ставится на основании анамнеза и данных исследования. Этиология заболевания определяется как по клинической картине, так и по макро- и микроскопической картине патологического отделяемого (характер, цвет, запах, наличие тех или иных микробов и т. п.).

Основные симптомы хронического эндометрита (метроэндометрит) — бели и расстройство менструальной функции. Первый из них является результатом поражения слизистой, второй связан с изменениями корреляции импульсов, идущих к коре головного мозга и к внутренним органам, а также к мускулатуре матки, результатом чего является понижение сократительной ее способности.

Д и а г н о з хронического эндометрита ставится на основании появления патологических выделений из матки — белей. Отличить их от шеечных белей легко: выделения из полости матки большей частью жидкие, а шеечные бели — тягучие. Матка нередко увеличена, уплотнена, безболезненна или незначительно болезненна. Диагностика затруднена в случаях, когда гиперпластический хронический метрит приходится дифференцировать от некоторых расстройств менструального цикла. Опорным пунктом для диагноза в таких случаях будет анамнез, в котором имеются указания на предшествующее острое воспаление матки.

П о с к о л ь к у л е ч е н и е воспалительных процессов матки, ее придатков, клетчатки малого таза и тазовой брюшины имеет много общего, а также для создания ясного представления о нем вся терапия вынесена в отдельный раздел этой главы: «Лечение больных воспалительными заболеваниями внутренних половых органов».

Г. Воспалительные заболевания придатков матки (adnexitis)

Воспаление труб (salpingitis). Обычно воспалению труб предшествует эндометрит, но это бывает не во всех случаях. Точно так же не во всех случаях имеется диффузное поражение труб на всем их протяжении. Если

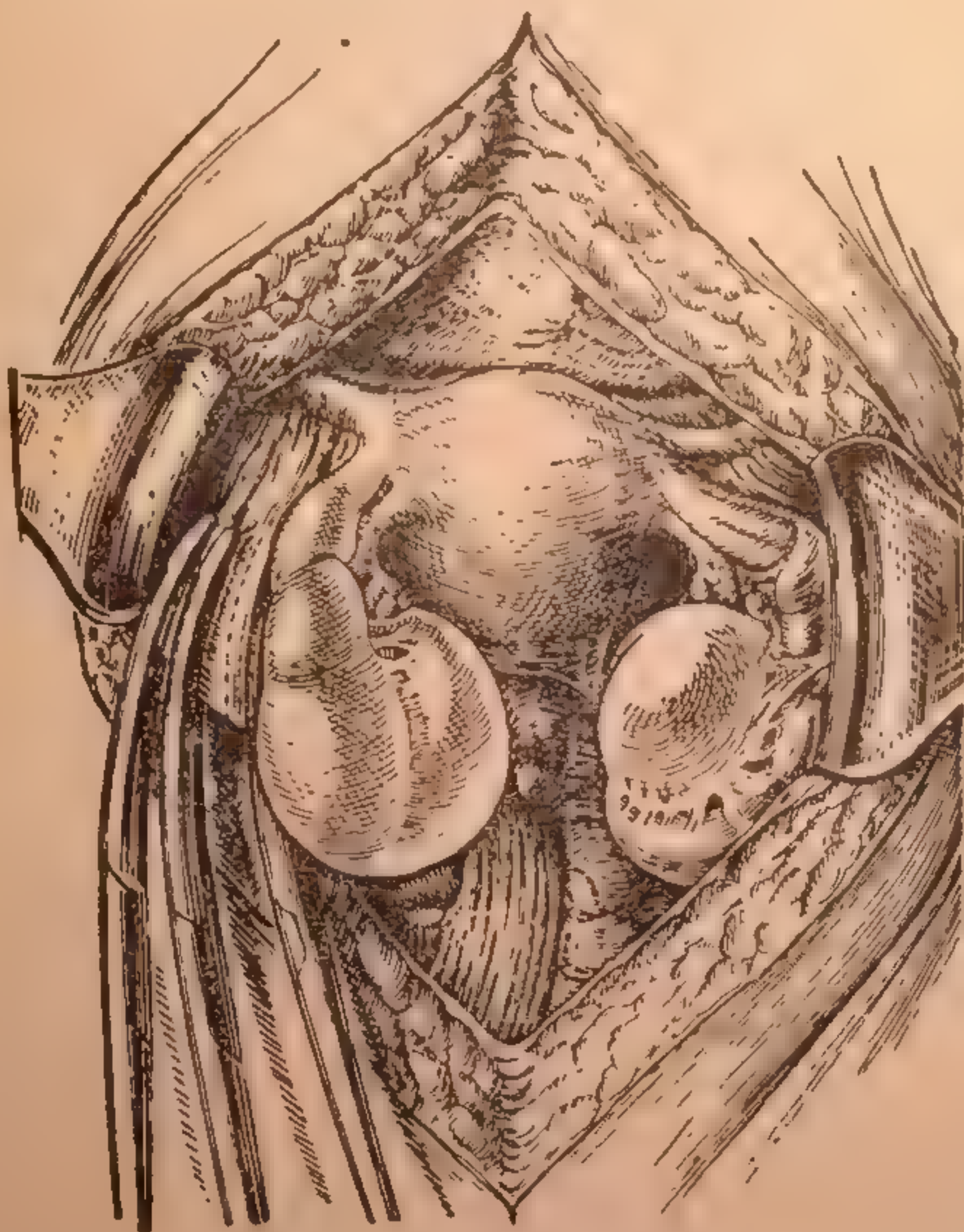


Рис. 22. Двусторонний гидросальпинкс.

инфекция поражает брюшной конец трубы, возникает реактивное воспаление фимбрий и близлежащих участков брюшины. Фимбрии склеиваются друг с другом и закрывают отверстие брюшного конца трубы. Накапливающийся жидкий воспалительный экссудат постепенно растягивает полость трубы, пока не преодолеет сопротивление со стороны узкого просвета маточного ее конца. При этом жидкость выливается в полость матки, а оттуда через влагалище — наружу (hydrops tubae profluens). Если же просвет интерстициальной части трубы оказался облитерированным, что может случиться в связи со сращиванием покровного эпителия на почве вос-

паления, то количество жидкости в трубе постепенно нарастает. Возникает водянка трубы — гидросальпинкс (hydrosalpinx) (рис. 22). В этих случаях труба приобретает вид булавы или реторты. Гидросальпинкс может образоваться постепенно или очень быстро. Чем больше образовавшийся мешок, тем резче истончены его стенки. В зависимости от количества накопившейся жидкости гидросальпинкс имеет мягкую, умеренно эластическую или туго-эластическую консистенцию. Мышечный слой трубы при этом настолько перерастянут, что макроскопически он не определим. Слизистая в связи с перерастяжением теряет складчатость и становится гладкой; выстилающий ее эпителий утрачивает свои мерцательные волоски и уплотняется.

Гидросальпинкс может достигать различной величины — от 1—2 пальцев до головы годовалого ребенка и даже больше. Гидросальпинкс даже больших размеров может рассосаться. В таком случае труба внешне принимает нормальные размеры. Однако просвет трубы, вследствие отсутствия в эндосальпинксе нормального эпителиального покрова, погибшего в результате патологического процесса, облитерируется, что ведет к непроходимости трубы и к бесплодию.

Нередко в случае эндосальпингита, обусловленного гноеродными микробами, образуется мешотчатая опухоль трубы (sactosalpinx), выполненная гноем. Дело при этом очень редко ограничивается одним лишь скоплением гноя в полости трубы. Воспалительный процесс поражает и мышечный ее слой, который при резко выраженных воспалительных изменениях значительно утолщается. В стенке трубы образуются мелкие гнойники, проникающие до серозной оболочки, вследствие чего труба припаивается к соседним органам: к яичнику, матке, сальнику, мочевому пузырю и петлям кишок. В полостях, возникших между этими сращениями, также может накопиться гной. В результате труба с выраженными нагноительными процессами во всех ее слоях склеивается с соседними органами, образуя с ними довольно крупный конгломерат. Такой гнойный сальпингит (pyosalpinx) всегда сопровождается воспалением брюшины малого таза (pelveoperitonitis) и почти всегда воспалением околоматочной клетчатки (parametritis). По мнению Л. И. Бубличенко, воспаление околоматочной клетчатки и

брюшины малого таза является чисто реактивным и держится лишь до тех пор, пока не стихли острые явления пиосальпинкса.

В дальнейшем воспалительный застойный жидкий продукт (серозный, гнойный, иногда с примесью крови), накапливаясь в трубе, приводит к перерастяжению и утончению стенок мешка. В тяжелых случаях стенка трубы может прорваться, и тогда гной изливается в прилегающие к ней полые органы: в кишечник, мочевой пузырь, влагалище или даже в брюшную полость. В редких случаях абсцесс прорывается наружу через переднюю брюшную стенку.

Сопровождающее пиосальпинкс воспаление тазовой брюшины иногда может распространиться на всю брюшную полость и вызвать общий перитонит даже в тех случаях, когда прорыва в нее гноя не произошло. Это тяжелое осложнение лишь в исключительных случаях наступает самопроизвольно. Обычно оно является результатом какого-либо внешнего инсульта, в частности, недостаточно бережно произведенного гинекологического исследования.

Иногда в конгломерат, образованный пиосальпинксом, включается и яичник, который также нагнаивается. В таких случаях перегородка между ними расплавляется и возникает общий гнойный мешок — тубоооариальный, или трубно-яичниковый, абсцесс.

Симптомы, клиническое течение, диагностика. Симптомы воспалительных заболеваний труб весьма разнообразны, в зависимости от реактивности организма больной, этиологии, степени и стадии заболевания. Так, например, туберкулезные поражения труб могут развиваться исподволь, тянуться годами, давать лишь слабо выраженные боли и субфебрильную температуру. Воспалительный процесс, вызванный гонококками, в некоторых случаях может также незаметно развиваться в трубах. Однако и у таких больных имеет место постепенное и последовательное нарастание симптомов с периодическими обострениями. При воспалении труб, вызванном септической инфекцией в послеродовом или послеабортном периоде, болезнь с самого начала протекает остро, с сильными болями, перитонеальными явлениями и высокой температурой. Такая же картина наблюдается при образовании мешотчатой опухоли, особенно пиосальпинкса.

Основными симптомами при всех формах воспаления труб являются боли, бели, расстройства менструального цикла и бесплодие.

Боли в острых стадиях заболевания сильно выражены, особенно в нижней части живота, где могут быть обнаружены явления раздражения брюшины. При образовании мешотчатой воспалительной опухоли боли нередко носят схваткообразный характер. В хронической стадии больных беспокоят тупые боли, усиливающиеся во время физических напряжений и менструации, когда одновременно начинает повышаться и температура тела. Боли локализуются в одной или обеих подвздошных областях и в крестце, нередко иррадиируют в ноги. Любое механическое воздействие — половой акт, гинекологическое исследование и т. п. — болезненно. При наличии гидросальпинкса могут внезапно, среди затишья, наступить резкие схваткообразные боли в нижней части живота, в соответствующей гидросальпинксу области, с возникновением перитонеальных явлений. Эти боли зависят от перекрута истмической части гидросальпинкса вблизи маточного угла.

При больших мешотчатых воспалительных опухолях боли и другие неприятные ощущения могут быть обусловлены также давлением опухоли на соседние органы, их смещением и изменением их функции. При намечающемся прорыве гноя в кишку больные жалуются на болезненные позывы на низ — тенезмы; при намечающемся прорыве в мочевой пузырь появляются частые и болезненные позывы на мочеиспускание.

В некоторых случаях боли, даже при выраженном воспалении труб, мало беспокоят больных или совершенно отсутствуют.

Бели в большей или меньшей степени сопутствуют каждой из перечисленных форм сальпингита. В некоторых случаях бели зависят не столько от воспаления труб, сколько от сопутствующего воспаления матки и влагалища.

Периодическое выделение из влагалища значительного количества жидкости (со столовую ложку и больше), особенно если этому предшествовали схваткообразные боли в той или другой подвздошной области, а также прозрачной или слегка окрашенной кровью жидкости свидетельствует об опорожнении гидросальпинкса; при

опорожнении пиосальпинкса изливается гной. Вслед за этим в течение некоторого времени отмечается заметное улучшение состояния больной и уменьшение опухоли.

Некоторые больные с пиосальпинксом жалуются на постоянное и обильное истечение гноя из влагалища. Из анамнеза можно узнать, что незадолго до этого у них был обнаружен гнойник в полости малого таза, который был вскрыт через влагалище (кольпотомия). При осмотре заднего свода пальпаторно и с помощью зеркал легко обнаружить кольпотомное отверстие с эпителизированными краями, из которого вытекает гной, иногда в довольно обильном количестве. Это отверстие по сути дела является свищевым; оно представляет собой искусственно образованный ход между влагалищем и полостью пиосальпинкса и может существовать годами, изнуряя больную и, в конце концов, заставляя ее решиться на оперативное удаление больной трубы.

Сказанное позволяет считать кольпотомию противопоказанной при лечении больных пиосальпинксом.

Расстройства менструального цикла выражаются преимущественно в усилении менструальных выделений, их учащении и болезненности, иногда резко выраженной. Цикличность менструаций при этом не нарушается, если только инфекция не поразила паренхиму яичников и не проникла в эндометрий. Поражение яичников наступает в таких случаях в результате гнойного расплавления или угнетения функции токсинами, которые выделяются микробами, вызвавшими воспалительный процесс. При этом могут наблюдаться более глубокие расстройства менструального цикла, вплоть до появления ациклических кровотечений. Если одновременно с этим имеется поражение матки, то увеличивается и количество крови, теряемой обычно во время менструации. Обильные циклические маточные кровотечения определяются термином меноррагия, ациклические — метроррагия.

Бесплодие (*sterilitas*) выявляется обычно после перехода воспалительного процесса в хроническую стадию. Бесплодие указывает в большинстве случаев на двустороннее поражение труб с облитерацией их просветов, что чаще всего наблюдается при гонококковой этиологии заболевания. В ряде случаев, однако, несмотря на выраженные воспалительные процессы в трубах,

беременность наступает и нормально доношивается. Бесплодие нередко является единственной жалобой больных, перенесших в прошлом воспаление труб.

Следует различать первичное бесплодие, когда женщина ни разу не была беременной, несмотря на длительную нормальную половую жизнь, и вторичное бесплодие, когда оно наступает после имевших место беременностей. Обычно при воспалительных процессах наблюдается вторичное бесплодие. У отдельных женщин может быть абсолютное бесплодие, при котором зачатие вообще наступить не может. Об относительном бесплодии говорят, когда причины, вызвавшие бесплодие, могут быть устранены. При решении вопроса о наличии бесплодия муж больной должен быть подвергнут специальному обследованию, так как нередко случаи бесплодного брака, когда виновником бесплодия является муж.

Клиническое течение сальпингитов весьма разнообразно. Заболевание это, в одних случаях представляющее картину тяжелого перитонита, в других — протекает почти бессимптомно. Катарральное воспаление обуславливает вначале лишь слабо выраженные симптомы, которые нередко затухают явлениями сопутствующего заболевания матки, влагалища и т. п. Они подчас распознаются лишь в дальнейшем, когда образуются мешотчатые опухоли. Не всегда легко выявить симптомы и острых форм сальпингита, так как обуславливаемая ими клиническая картина весьма сходна с картиной острого метроэндометрита, пельвеоперитонита, пиовария, параметрита и т. п.

Острые сальпингиты при правильном лечении могут закончиться полным излечением. При гнойных воспалениях труб процесс не только принимает длительное течение, но и проявляет склонность к прогрессированию. Это ведет к истончению стенок мешотчатой опухоли с возможным прорывом гноя в соседние органы или в свободную брюшную полость. В результате при прорыве гноя в брюшную полость развивается диффузный перитонит, при прорыве гноя в мочевой пузырь — цистопиелит и т. п. Через образовавшееся свищевое отверстие, например, между кишечником и полостью трубы, инфекционное начало, в данном случае кишечная палочка, может проникнуть в полость трубы и осложнить имеющийся

там воспалительный процесс. К счастью, однако, в большинстве случаев дело не доходит до разрыва мешотчатых опухолей, если они только не подвергаются какому-либо насильственному воздействию, как это бывает, например, при грубо проведенном двуручном исследовании. Опасность разрыва особенно велика, когда в связи с напряжением брюшной стенки двуручное исследование производят под общим наркозом, который при пиосальпинксе противопоказан.

Обычно воспалительный процесс постепенно затихает или (реже) полностью прекращается. Вызванные им изменения исчезают бесследно или, как это имеет место в большинстве случаев, остаются сращения, изменяющие топографию органов малого таза. Наступившие при этом различного рода смещения матки, равно как натяжения между маткой, ее придатками, слепой, сигмовидной и прямой кишкой, являются причиной нарушения функций этих органов. Возникают расстройства нервной системы, бессонница, хронические запоры, боли при дефекации, частые позывы на мочеиспускание и т. п. Все это отражается на общем состоянии организма, что сказывается в снижении трудоспособности женщины.

Топическая диагностика воспалительных заболеваний труб в острой стадии крайне сложна ввиду резкой болезненности живота, сильно затрудняющей пальпацию. При нетолстых брюшных покровах и значительных размерах воспаленной трубы, что обычно имеет место при мешотчатых опухолях трубы, удастся прощупать контуры последних. Пальпация и перкуссия позволяют в большинстве случаев установить, что в воспалительный процесс вовлечена брюшина малого таза, но не дают возможности уточнить, какие именно органы поражены. Аналогичные явления могут наблюдаться также при остром воспалении матки, яичников и т. п. Поэтому, обнаружив в малом тазу болезненную округлую опухоль, хотя и неясно контурируемую, не следует гнаться за точным, но необоснованным диагнозом. В таких случаях лучше пока ограничиться диагнозом: «острая воспалительная опухоль придатков (adnextumor)» или «острый пельвеоперитонит», чтобы при дальнейшем наблюдении за больной уточнить первоначальный диагноз, тем более что лечение при всех этих заболеваниях идентично.

Источниками диагностических ошибок могут быть: абсцесс яичника — пиоварий и нагноившаяся киста его, в менее выраженных случаях при правостороннем поражении трубы — аппендицит, трубная беременность, экссудат в малом тазу, опухоли яичников и т. п.

Особенно важное значение имеет дифференциальная диагностика между воспалительными заболеваниями труб и внематочной беременностью. В пользу воспаления труб и яичников будет говорить отсутствие признаков беременности, двусторонность опухоли (не всегда), расплывчатая форма экссудата, сохранение обычных контуров и подвижность опухоли яичника.

При обнаружении мешотчатой опухоли, которая распознается по характерной форме (колбасовидная, ретортообразная) и некоторой эластичности, возникает необходимость в дифференциальной диагностике между гидросальпинксом и пиосальпинксом. Задача эта не очень трудна, так как гидросальпинкс безболезнен или очень мало болезнен, имеет тонкие стенки и эластичную консистенцию, подвижен или подвижность его мало ограничена, поверхность его гладкая, по форме он напоминает булаву или реторту; при пиосальпинксе же стенки гнойника толстые, воспалительная опухоль представляется плотной, поверхность ее неровная, бугристая, иногда четкообразная; гнойник фиксирован к окружающим органам и стенкам таза, вследствие чего он неподвижен; болезненность его ясно выражена.

Диагностические трудности возникают и в тех случаях, когда в хронической стадии заболевания опухоль интимно связана с маткой, велика (больше яблока), плотна и бугриста или, наоборот, представляется гладкой и эластичной. В первом случае речь может идти о субсерозной миоме матки, во втором — об опухоли яичника. В таких случаях существенное значение для дифференциального диагноза имеет хорошо собранный анамнез, в частности, вопрос о развитии заболевания, определение перкуторной болезненности живота, которая выражена при воспалительных процессах и отсутствует при новообразованиях, результаты анализа крови, в которой при воспалительной этиологии опухоли обнаруживают лейкоцитоз и ускоренную реакцию оседания эритроцитов, а также сопоставление границ тупости при перкуссии и припухлости при пальпации. В случае новообразования

границы тупости и припухлости совпадают, в то время как при воспалительной опухоли ее перкуторная граница расположена ниже пальпаторной.

При нагноении опухоли (субсерозного фиброматозного узла или кистомы яичника) отличить эти состояния от острого воспаления придатков матки чрезвычайно трудно. В таких случаях задача врача облегчается тем, что подозрение на нагноившуюся опухоль требует чревосечения, во время которого устанавливается точный диагноз.

Поскольку выяснение возбудителя воспалительного процесса может дать руководящие указания для патогенетической терапии, он должен быть выявлен с помощью всех тех реакций и анализов, о которых говорилось в главе I.

Прогноз при воспалении труб редко бывает неблагоприятным в смысле угрозы жизни. Наблюдающиеся иногда смертельные исходы связаны обычно с тяжелой септической инфекцией. Смертные случаи редки и при туберкулезной этиологии сальпингита; причиной смерти здесь является не сам сальпингит, а сопутствующее ему туберкулезное поражение брюшины, легких и других жизненно важных органов.

Благоприятен прогноз и в отношении восстановления здоровья и трудоспособности. Радикально проведенное лечение обычно освобождает больных от тягостных симптомов и возвращает их к нормальной трудовой жизни. Лишь у небольшого числа больных наблюдаются периодические обострения, которые требуют постельного режима, изнуряют больную и доводят ее до полной инвалидности. Однако и в таких тяжелых случаях наступает, иногда через несколько лет, значительное улучшение здоровья или даже полное выздоровление. По наблюдениям К. Ф. Славянского, такой исход наступает в тех случаях, когда больная прекращает на длительное время половую жизнь, продолжая интенсивно лечиться.

Прогноз в отношении зачатия при воспалительных заболеваниях труб, особенно при двустороннем их поражении, неблагоприятен: бесплодие является нередким последствием этого заболевания, оставляющего после себя стойкую непроходимость труб в связи с полной или частичной их облитерацией. Однако настойчиво проводимое противовоспалительное лечение может привести к восстановлению проходимости одной или обеих труб, и зачатие

становится возможным. Подобные случаи наступления беременности у женщин, перенесших тяжелые воспалительные заболевания внутренних половых органов, включая трубы, известны каждому врачу.

Воспаление яичников (oophoritis)

Этиология, патогенез. Воспаление яичников — самый частый из всех гинекологических диагнозов, чему, однако, совершенно не соответствует действительная частота этого заболевания. Истинные воспаления яичников встречаются сравнительно редко, что объясняется не только топографическим расположением яичников, но и хорошо выраженной способностью тканей яичника противостоять инфекции. В этом отношении особую роль играет зародышевый эпителий, покрывающий яичники. Однако при известных условиях инфицирование яичников становится возможным. Так бывает, например, во время каждой овуляции, когда на яичнике образуется «физиологическая рана», если к моменту вскрытия граафова фолликула к яичнику интимно прилегал какой-нибудь воспаленный орган, например, труба, червеобразный отросток, сальник и т. п.

В острой стадии воспаления (oophoritis acuta) в яичнике имеется отек и мелкоклеточная инфильтрация, вследствие чего он заметно увеличивается в объеме. Иногда в полости фолликула или желтого тела образуется гнойник, размеры которого на первых порах бывают ничтожными, еле заметными для невооруженного глаза. Но даже такие незначительные абсцессы в яичнике вызывают резкие реактивные явления со стороны окружающей его брюшины, которая инкапсулирует больной орган и как бы замуровывает его; образуется конгломерат, в состав которого, кроме яичника, может входить труба с соответствующим углом или даже ребром матки, а также сальник и прилежающие отрезки кишечника, справа — слепая кишка с червеобразным отростком, слева — сигмовидная кишка.

Если воспалительный процесс продолжает нарастать, то возникает гнойник, который сливается с другими такими же абсцессами в яичнике и достигает иногда весьма внушительных размеров — до головки новорожденного. Гнойник яичника (abscessus ovarii) обозначают термином: *пиоварий* (pyoovarium).

Пиоварий сопровождается бурной реакцией со стороны всего организма и брюшины. Вследствие этого возникший пельвеоперитонит — воспаление брюшины малого таза — нередко распространяется на всю брюшину, что ведет к тяжелейшему заболеванию — диффузному перитониту. Нередко такие абсцессы яичника находятся в общем конгломерате с пиосальпинксом, которому они обычно и обязаны своим происхождением. О таком состоянии, обозначенном термином тубооварнальный абсцесс, уже упоминалось выше.

В большинстве случаев острое воспаление переходит в дальнейшем в хроническое. При хроническом оофорите (*oophoritis chronica*) в строме яичника развивается рубцовая соединительная ткань. В результате этого поверхность яичника становится мелкобугристой с глубокими втяжениями (*ovarium gurgatum*); стенки сосудов подвергаются гиалинизации и утолщаются. В результате расстройства питания яичника фолликулы подвергаются мелкокистозному перерождению и поверхность яичника представляется усеянной наполненными прозрачной серозной жидкостью пузырьками величиной от просяного зерна до косточки вишни. Такое состояние называют мелкокистозным перерождением яичника (*degeneratio ovarii microcystica*). Впрочем, оно может иметь и иную, например, гормональную, этиологию, наблюдаться при фибромиомах матки, а также при некоторых физиологических состояниях женского организма — в периоде новорожденности, в детском возрасте, во время беременности.

Яичники, находящиеся в состоянии хронического воспаления, всегда спаяны посредством брюшины с соседними органами и в первую очередь с ампулярной частью трубы.

Симптомы, клиническое течение, диагностика. Хроническое воспаление яичников имеет те же симптомы и протекает так же, как и хроническое воспаление труб. Это объясняется тем, что в отличие от хронического сальпингита, который может быть изолированным, хроническое воспаление яичника почти всегда протекает при одновременном воспалении прилегающей к нему трубы, с которой он бывает спаян брюшинными спайками. Поэтому в тех случаях, когда нет оснований утверждать, что воспалена только лишь труба, лучше говорить о воспалении яични-

ка и трубы (salpingo-oophoritis s. adnexitis et periadnexitis).

Симптомы пиовария весьма сходны с симптомами пиосальпинкса. Резко выраженные перитонеальные явления затрудняют детальное обследование придатков матки и не позволяют контурировать их отдельно. Известное дифференциально-диагностическое значение может иметь односторонность гнойного мешка и более выраженная, чем при пиосальпинксе, округлость воспалительной опухоли при пиоварии.

Клиническое течение гнойного воспаления яичников также не отличается от гнойного воспаления труб, тем более что оба эти состояния обычно наблюдаются одновременно. Поэтому все, что было сказано о клиническом течении и исходах пиосальпинкса, целиком относится и к пиоварию.

Диагноз ставится на основании наличия с одной или с обеих сторон от матки округлого, плотного и болезненного, ограниченно подвижного образования различной величины (размером от небольшого грецкого ореха до мужского кулака и больше), связанного с маткой, не достигающего до стенок таза и не спаянного со стенкой влагалища. Если конгломерат образовался из яичника и трубы, спаянных друг с другом, то в целях сокращения длинного диагноза «salpingo-oophoritis chronica et periadnexitis adhaesiva» пользуются не совсем удачным, но кратким термином «adnextumor», достаточно хорошо определяющим имеющееся состояние.

Необходимо добавить, что одно лишь незначительное увеличение и болезненность яичника при сохранившейся его подвижности еще не говорят за его воспаление. Даже совершенно здоровый яичник может быть несколько болезненным при исследовании, а увеличение его может быть связано с наличием в нем зрелого граафова фолликула или цветущего желтого тела.

Д. Воспалительные заболевания тазовой клетчатки (pelveocellulitis, parametritis) и тазовой брюшины (pelveoperitonitis)

П а р а м е т р и т, п е л ь в е о ц е л л ю л и т

Пельвеоцеллюлитом принято называть воспалительный процесс, захвативший всю тазовую клетчатку, в то время

как под параметритом понимают воспаление околоматочной клетчатки. Клиническая картина обоих заболеваний в острой стадии почти однородна и не всегда поддается дифференцированию; в хронической стадии топическая диагностика более доступна.

Этиология, клиническое течение, диагностика. Клетчатка малого таза представляет собой единое целое. Отдельные части параметральной клетчатки непосредственно переходят друг в друга и в прилегающие к ним отделы: паравагинальную, параректальную, паравезикальную клетчатку и пр. Паравезикальный и параректальный отделы клетчатки, кроме того, распространяются и вверх. Первый сливается с клетчаткой, выполняющей до уровня пупка все подбрюшинное пространство передней брюшной стенки, второй — с забрюшинной клетчаткой, вдоль позвоночника, на всем его протяжении до почек.

Параметрит чаще всего возникает в связи с инфекцией после родов и после аборта, нередко на почве парафлебита тазовых вен. Этому особенно способствуют травматические повреждения шейки матки и влагалища. Кроме того, в некоторых случаях параметрит может быть обусловлен пролежнями во влагалище, образующимися в результате долго находящихся в нем инородных тел, а также повреждениями в связи с некоторыми врачебными манипуляциями, выполненными с нарушением правил асептики и антисептики, как-то: зондирование матки, захватывание ее пулевыми щипцами и т. п.

Воспаление околоматочной клетчатки может развиваться и вне зависимости от перечисленных воздействий. Нам приходилось наблюдать флегмону клетчатки малого таза у девственниц с совершенно здоровыми половыми органами, однако при наличии иных заболеваний. Колибациллярный характер гноя свидетельствовал о том, что исходным пунктом инфекции в этих случаях был кишечник. Если пренебречь такими сравнительно редкими случаями, можно считать, что $\frac{2}{3}$ всех параметритов относится к числу «акушерских» и развивается в ближайшие дни после родов и абортов и лишь $\frac{1}{3}$ вызывается другими причинами.

Возбудителями заболевания чаще всего являются, по В. Я. Илькевичу, стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, *Bac. perfringens*, в меньшей степени — другие микробы.

Патологоанатомическая картина параметрита довольно разнообразна. Инфекция попадает в параметральную клетчатку по лимфатическим путям или венам. В соответствии с этим различают лимфангоитическую и тромбфлебитическую, или септическую, формы параметрита. При первом из этих вариантов в воспаленной клетчатке обнаруживаются одиночные или множественные тяжи, образованные воспаленными лимфатическими сосудами. На всем протяжении они то более, то менее расширены и поэтому нередко имеют четкообразный вид. Величина их варьирует от размера горошины до лесного ореха.

При тромбфлебитической форме параметрита механизм образования параметрита можно представить следующим образом: тромбфлебит тазовых вен после родов или аборта представляет собой частный случай септического процесса (тромбфлебитическая форма сепсиса). Воспалительный процесс в стенках вены вызывает рефлекторно изменения тока крови и ее состав. В дальнейшем происходит утолщение стенки вены и сужение ее просвета, а иногда и образование в ней истинного тромба. Одним из исходов флебита может быть нагноение. В таких случаях развивается реактивный воспалительный процесс в клетчатке, окружающей пораженный сосуд, с последующим образованием инфильтрата. В начальной стадии в воспаленной клетчатке возникает гиперемия и отек. Иногда отек выражен так резко, что клетчатка теряет свою нормальную рыхлость и становится пастозной. В процесс вовлекается и брюшина, появляются перитонеальные симптомы. Эта первая стадия параметрита называется стадией отека; в этой же стадии можно говорить и о пельвеоцеллюлите.

Дальнейшее развитие процесса зависит от степени реактивности организма на внедрившуюся инфекцию и функционального состояния центральной нервной системы. При благоприятном течении процесса описанные изменения в клетчатке исчезают и наступает выздоровление. Нередко, однако, наблюдается другой исход: клетчатка подвергается интенсивной инфильтрации лейкоцитами и главным образом гистиоцитами (К. П. Улезко-Строганова), которые сосредоточиваются вокруг сосудов. В выраженных случаях поражается вся клетчатка, которая в связи с этим делается плотной; эта вторая стадия процесса может быть названа стадией инфильтрации или индурации.

В дальнейшем в клетчатке могут образоваться гнойнички. На разрезе она представляется студневидной с отдельными мелкими гнойничками. При слиянии таких гнойничков образуются гнойные полости, иногда весьма значительных размеров. Так возникает третья стадия параметрита — стадия нагноения клетчатки, образования в ней абсцесса.

Воспаление может распространиться, кроме параметральной, также и на паравезикальную, параректальную и паравагинальную клетчатку малого таза. Возникает паравезицит, парапроктит, паравагинит (паракольпит), которые, сливаясь, дают картину воспаления всей клетчатки малого таза (pelveocellulitis). Воспалительный процесс может распространиться и на околопочечную, и на предбрюшинную клетчатку.

В дифференциально-диагностических целях взаимоотношения между пельвеоцеллюлитом и параметритом в ходе развития воспалительного процесса можно себе представить следующим образом:

1. Внедрившаяся инфекция при соответствующем состоянии организма вызывает общее диффузное поражение всей тазовой клетчатки — начальная стадия пельвеоцеллюлита, «первичный» пельвеоцеллюлит; в дальнейшем она либо ликвидируется, либо ограничивается (параметрит).

2. Инфекция поражает с самого начала ограниченный участок клетчатки (параметрит) с очень незначительными реактивными явлениями в окружающих тканях.

3. Воспалительный процесс типа параметрита продолжает распространяться на клетчатку малого таза, что ведет к образованию в конечном итоге «вторичного» пельвеоцеллюлита.

Абсцесс, образовавшийся в случае нагноения инфильтрата, может прорваться наружу через переднюю брюшную стенку над пупартовой связкой или в соседние полые органы: в мочевой пузырь, прямую кишку, влагалище. В отдельных случаях гной может прорваться в брюшную полость и вызвать диффузный перитонит. Иногда он подходит к седалищному или запирательному отверстию или через паховый канал к большим половым губам, откуда и прорывается наружу. У некоторых больных на месте воспалительного процесса или опорожнившегo абсцесса остаются более или менее выраженные рубцовые тяжи.

В редких случаях гнойник разрушает кости и сочленения таза и вызывает остеомиелиз.

Симптомы, клиническое течение, диагноз. Симптомы и клиническая картина параметрита довольно разнообразны. Нередко заболевание, несмотря на выраженные явления воспаления, протекает при незначительных жалобах и общем хорошем состоянии больной, субфебрильной температуре, хорошем пульсе. Однако чаще заболевание принимает тяжелое течение, особенно в послеродовом или послеабортном периоде. Появляются резкие боли в нижней части живота, отдающие в крестец и в ноги, затрудненное мочеиспускание и дефекация, вплоть до невозможности этих отправлений; больная жалуется на головную боль, общую разбитость. Температура по вечерам поднимается до 39° и выше. Пульс учащен, соответствует температуре. При осложнении заболевания тромбофлебитом или воспалением брюшины малого таза пульс начинает учащаться. Тромбофлебитические процессы в сосудах, прилегающих к стенкам матки или находящихся в толще ее мышц (metrophlebitis), при недостаточно внимательном двуручном исследовании могут остаться невыявленными.

При вовлечении в процесс брюшины боли усиливаются, особенно когда экссудат выходит за пределы малого таза или нагнаивается. Если образовавшийся абсцесс прорывается в мочевой пузырь или кишечник, появляются мучительные тенезмы.

О готовящемся прорыве гноя в кишечник можно судить и по тому, что прорыву предшествует значительное отделение слизи из кишечника. После прорыва гноя общее состояние и самочувствие больной значительно улучшаются, а иногда наступает даже клиническое выздоровление, если только опорожнение абсцесса было полным и не вызвало пиелостита или какого-либо другого осложнения.

Острые и подострые явления держатся 3—4 недели. При нагноении инфильтрата процесс может тянуться долго, истощая больную в тяжелых случаях вплоть до наступления кахексии. При переходе острой стадии параметрита в подострую может постепенно наступить излечение. Обычно же после стихания острых и подострых явлений болезнь принимает затяжной характер с нередкими обострениями. Если даже организм совершенно справился с воспалительным процессом, то оставшиеся после заболевания рубцо-

вые тяжи настолько смещают органы малого таза, особенно матку, что нарушают их функцию и способствуют возникновению различного рода болевых ощущений. Поэтому такие стойкие остатки перенесенного параметрита могут рассматриваться как хроническая его форма (parametritis chronica).

Д и а г н о з параметрита в типических случаях поставить нетрудно. При пальпации живота в случае распространения воспалительного процесса за пределы малого таза определяется плотный, малоболезненный инфильтрат, интимно прилегающий к внутренней поверхности подвздошной кости. Инфильтрат большей частью прощупывается с одной стороны. Если брюшина в процесс не вовлечена, границы перкуторной и пальпаторной тупости совпадают. На нагноение инфильтрата указывает флюктуация, а на приближение гноя к брюшной стенке — покраснение, натяжение, истончение и болезненность последней.

Значительно больше данных для диагноза параметрита получают при двуручном исследовании. При этом в первой стадии процесса (стадии отека) в соответствующей половине таза сбоку от матки прощупывается отекший параметрий в виде «неясной болезненной резистентности». Резистентность эта начинается от соответствующего ребра матки в области внутреннего зева и верообразно распространяется по направлению к стенкам таза, а в выраженных случаях доходит до них и даже переходит на них. Нередко среди этой «неясной резистентности» удастся прощупать плотный тяж, иногда округлый и извитой, как «дождевой червь» (В. Я. Илькевич), нередко плоский, опускающийся вниз в виде языка (парафлебический инфильтрат). Обычно в это время матка оказывается уже смещенной в противоположную по отношению к инфильтрату половину малого таза. Указанные изменения особенно хорошо выражены во второй стадии заболевания — в стадии инфильтрации, когда клетчатка спаяна со стенками таза и слизистой влагалищных сводов.

В зависимости от того, какой из отделов параметральной клетчатки вовлечен в процесс, различают: 1) parametritis anterior (воспаление прецервикальной клетчатки) и его продолжение, plastron abdominale (воспаление предбрюшинной клетчатки); 2) parametritis posterior (воспа-

ление клетчатки, заложеной между крестцово-маточными связками); 3) parametritis lateralis (dextra, sinistra) — воспаление собственно параметральной клетчатки, правой или левой (рис. 23).

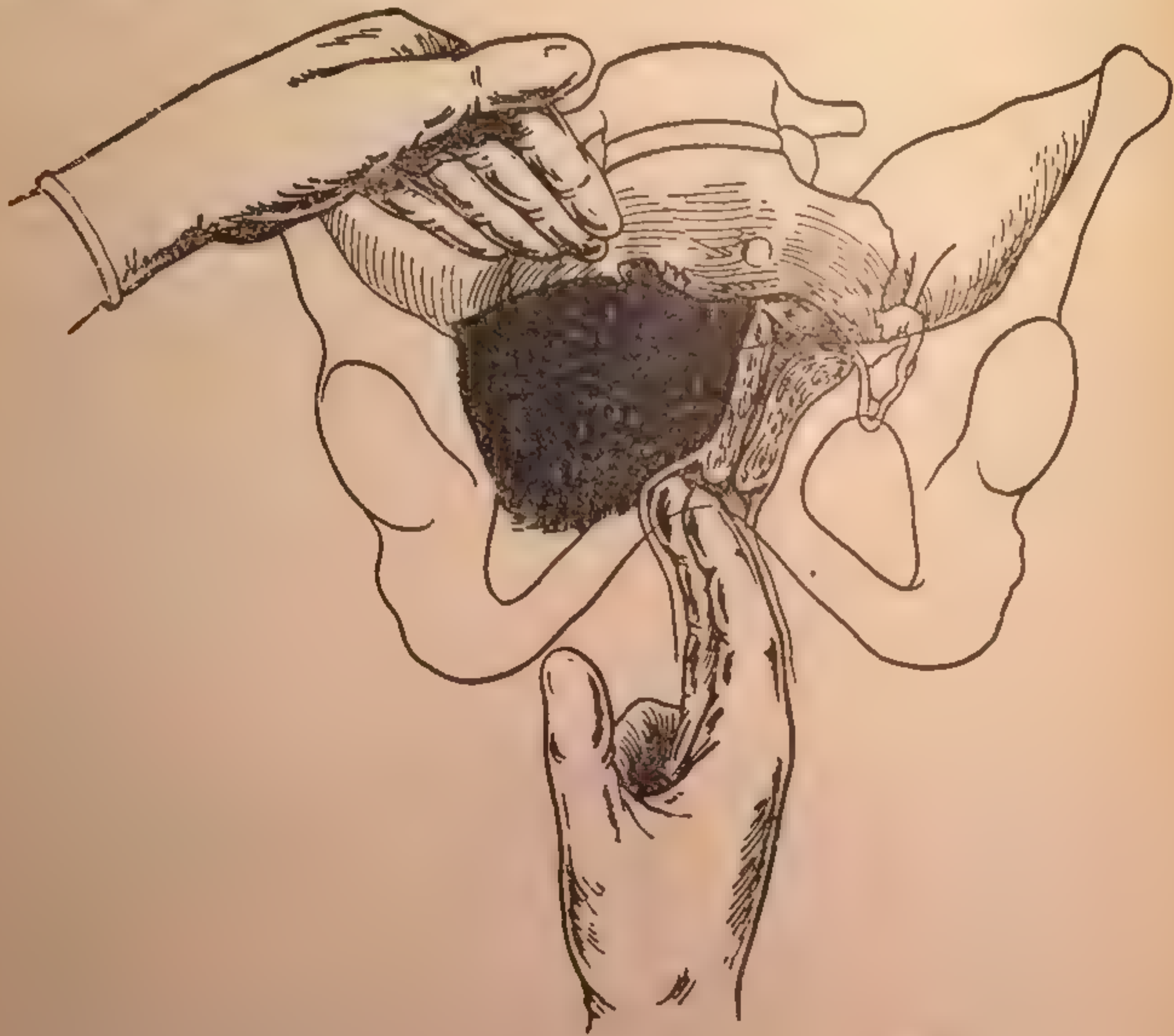


Рис. 23. Двуручное исследование при правостороннем параметрите.

Когда инфильтрат распространяется и на противоположную половину таза, в процесс вовлекается вся около-маточная клетчатка. В таких случаях шейка матки становится неподвижной и оказывается как бы вколоченной в плотный инфильтрат.

В третьей стадии заболевания (стадии разрешения) картина при влагалищном исследовании различна, в зависимости от того, рассасывается ли инфильтрат или начинает нагнаиваться. В последнем случае легко определяется размягчение его, а в выраженных случаях — флюктуация и выпячивание соответствующего влагалищного свода. В связи с распространением инфильтрата на верхний отдел околовлагалищной клетчатки слизистая влагалищных сводов над инфильтратом становится неподвижной. При паравагините обнаруживается плотный

пристеночный инфильтрат, сдавливающий влагалище и спаянный с его стенками. Такие инфильтраты могут быть обнаружены и вокруг мочевого пузыря (паравезицит) и прямой кишки (парапроктит), при нагноении всей воспаленной тазовой клетчатки — флегмона клетчатки малого таза.

Остатки перенесенного параметрита определяются по тяжам, иногда очень плотным, мозолистым и мощным,

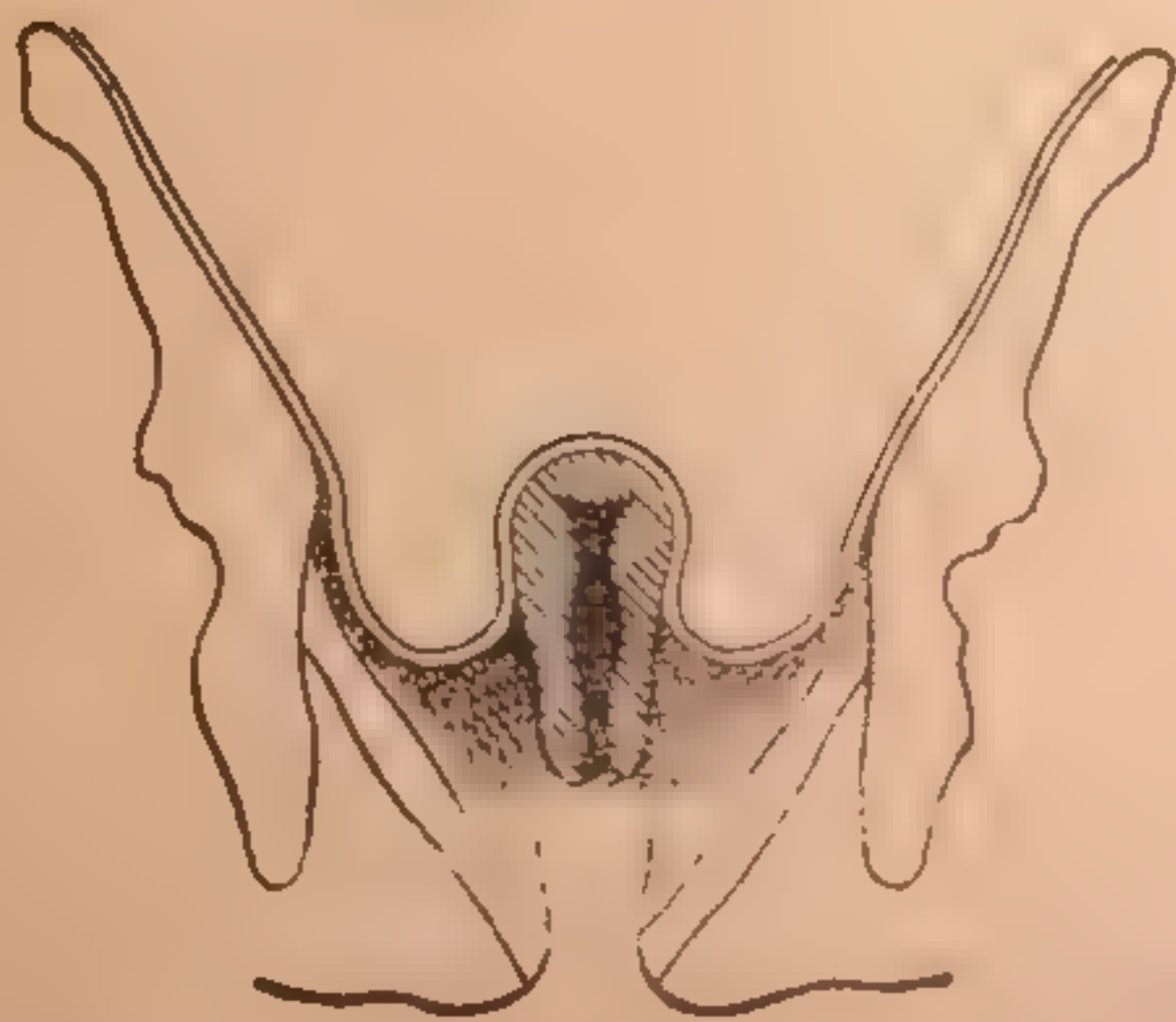


Рис. 24. Расположение экссудата при параметрите (схема).

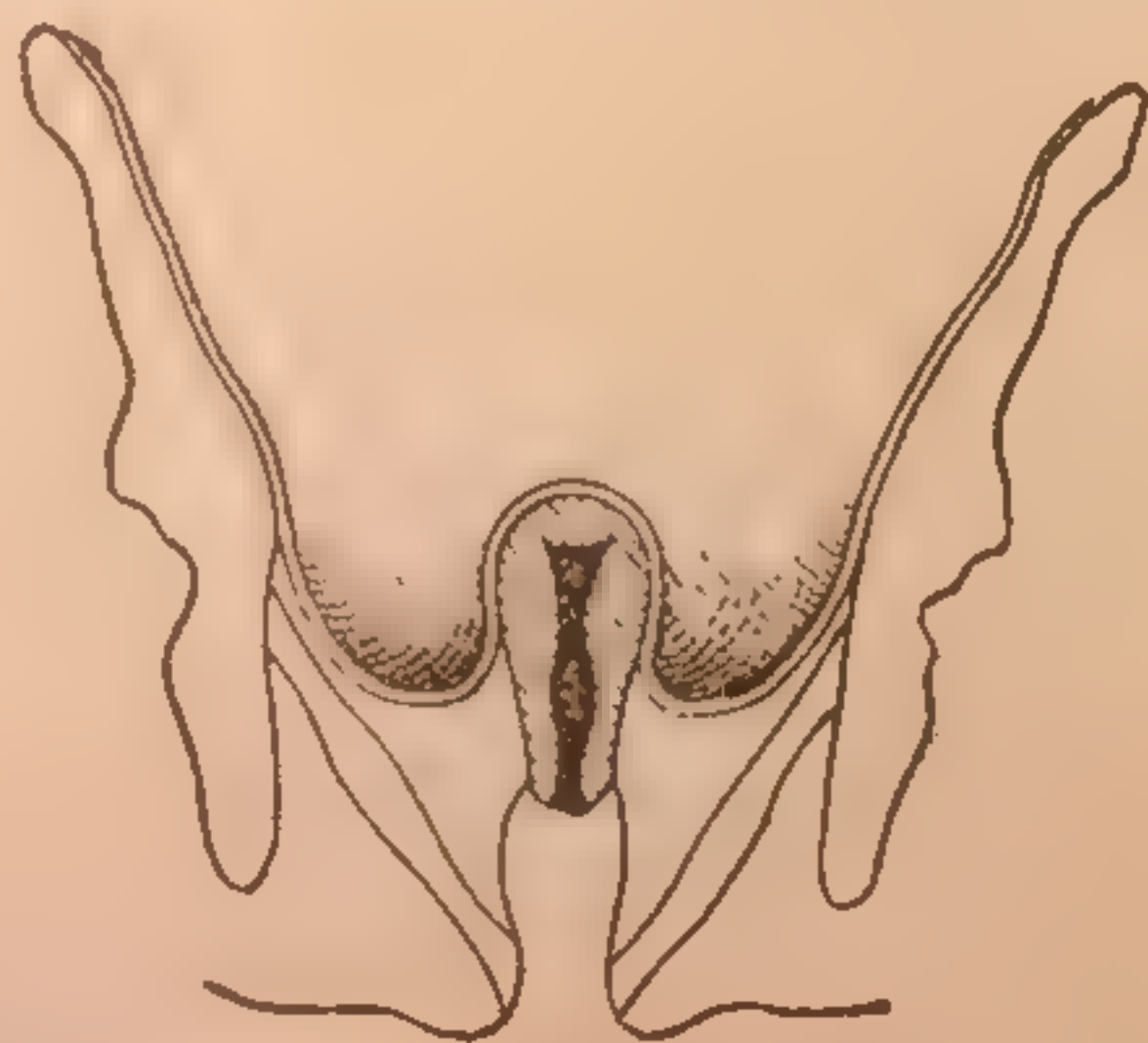


Рис. 25. Расположение экссудата при пельвеоперитоните (схема).

сдвигающим матку в сторону, где в прошлом разыгрывались острые явления, о чем уже говорилось выше.

Дифференциальная диагностика имеет целью отличить параметрит от пельвеоперитонита. За параметрит будет говорить совпадение перкуторной границы тупости и пальпаторной границы припухлости. При пельвеоперитоните перкуторная граница тупости ниже пальпаторной границы припухлости. В таких случаях мы прибегаем, кроме того, к определению границы перкуторной болезненности: при параметрите она выражена только в пределах инфильтрата, в то время как при пельвеоперитоните она обнаруживается и выше пальпаторной границы последнего.

При исследовании через прямую кишку не удастся прощупать отдельно крестцово-маточные связки, так как они находятся внутри инфильтрированной клетчатки, в то время как при пельвеоперитоните они могут быть прощупаны отдельно (К. К. Скробанский).

При параметрите инфильтрат плотен, переходит на стенки таза и в виде муфты окутывает надвлагалищную часть шейки матки и перешеек, слизистая влагалища спаяна с инфильтратом (рис. 24). При пельвеоперитоните ин-

фильтрат значительно менее плотен и на стенки таза не переходит, окутывает преимущественно верхнюю половину тела матки; слизистая влагалища над инфильтратом подвижна (рис. 25).

Перкуссия передне-верхних остей подвздошных костей дает притупление тона при параметрите и ясный тимпанит при пельвеоперитоните (Г. Г. Гентер).

Приведенными данными можно руководствоваться и при дифференциальной диагностике между параметритом, с одной стороны, и пиоварием и пиосальпинксом — с другой. Чтобы отличить пиосальпинкс от параметрита, можно руководствоваться также тем, что первый является преимущественно двусторонним процессом, второй же — односторонним.

Дифференциальная диагностика сложна при нагноившейся внутрисвязочной опухоли, при эхинококке в широкой связке, при раковом инфильтрате в параметрии и пр. В таких случаях вопрос решается путем дальнейшего наблюдения за состоянием больной, на основании данных пробной пункции, микроскопического исследования пунктата и т. п.

Прогноз для жизни благоприятен; лишь в отдельных случаях параметрит переходит в диффузный перитонит и может привести к смертельному исходу. Смертельный исход может наступить и при распространенной флегмоне всей клетчатки таза. Во всех этих случаях печальный прогноз объясняется тяжелой инфекцией, особенно в связи с абортом или родами. Обычно же болезнь заканчивается выздоровлением. Оставшиеся параметрические тяжи нередко вызывают тягостные симптомы, требующие настойчивого и длительного лечения.

Пельвеоперитонит (pelveoperitonitis)

Этиология, патогенез. Воспалительный процесс в матке и ее придатках может распространиться и на брюшинные их покровы. В таких случаях говорят о параметрите (воспаление брюшинного покрова матки) и о периаднексите (воспаление брюшинного покрова придатков матки, т. е. одновременно и трубы, и яичника).

Довольно часто процесс охватывает более обширные отделы брюшины малого таза или даже всю ее целиком. В таких случаях говорят о воспалении всей брюшины малого таза — пельвеоперитоните.

Причины пельвеоперитонита и пути распространения инфекции бывают достаточно ясными в тех случаях, когда гной прорывается в брюшную полость из мешотчатых опухолей придатков матки, например, при пиосальпинксе, или из абсцесса клетчатки малого таза — при заносе инфекции в брюшную полость в связи с перфорацией матки, продуванием труб, внутрибрюшными операциями на органах малого таза и т. п.

В тех случаях, главным образом после внебольничных аборт, когда пельвеоперитонит носит «первичный» характер, его с известной вероятностью можно рассматривать как остро возникший септический процесс с быстрой локализацией («разрешением») в брюшине малого таза, нередко с последующим нагноением.

Симптомы, клиническое течение, диагностика. В начальный период пельвеоперитонита (открытая стадия) брюшина малого таза находится в состоянии острого воспаления. К процессам, происходящим в малом тазу, остается небезучастной и вся остальная брюшина, в которой развивается реактивное воспаление. Резкие боли в животе, особенно в нижней части, высокая температура, малый и частый пульс, рвота, резко выраженный симптом Щеткина-Блюмберга, атония кишечника и связанный с этим метеоризм — таковы характерные признаки поражения.

Даже самая осторожная перкуссия нижней части живота является болезненной, причем эта перкуторная болезненность распространяется и на вышележащие отделы живота, постепенно уменьшаясь в интенсивности. При пельвеоперитонитах гонококковой этиологии общее состояние больных лучше по сравнению с описанным, но болезненность в области живота выражена у них значительно сильнее.

Одновременно выявляются симптомы и со стороны смежных органов, особенно со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, функции которых нарушаются: появляются частые и болезненные позывы на мочеиспускание, болезненность и задержка стула. Все это делает клиническую картину пельвеоперитонита настолько сходной с картиной диффузного перитонита, что порождает дифференциально-диагностические трудности, и пельвеоперитонит может быть ошибочно принят за диффузный перитонит.

При благоприятном течении наступает быстрое отграничение здоровых органов и тканей, благодаря спайкам, образуемым брюшиной, покрывающей близлежащие органы, особенно кишечник и сальник. Осумкованным при этом оказывается и обильный, иногда серозно-гнойный, выпот, затекающий в заматочное пространство и образующий здесь абсцесс (pyosele retrouterina). После того как воспалительный процесс в тазовой брюшине отграничился от всей остальной брюшины, пельвеоперитонит вступает во вторую, закрытую, стадию.

В связи с этим состояние больной несколько улучшается: прекращаются тошнота и рвота, пульс выравнивается, температура несколько снижается, вздутый до этого живот спадает и становится безболезненным, за исключением нижней его части, где вздутие и болезненность могут держаться еще длительное время.

Перкуторная граница болезненности или совпадает, или находится несколько выше пальпаторной границы припухлости, которая в этой стадии заболевания определяется уже достаточно ясно.

Течение пельвеоперитонита обычно затяжное. Начавшееся улучшение может неожиданно смениться ухудшением. Этому иногда способствуют и такие незначительные, казалось бы, причины, как недостаточно бережно произведенное двуручное исследование, запор и т. п.

С рассасыванием экссудата самочувствие и общее состояние больной улучшаются. На месте рассосавшегося выпота остаются брюшинные спайки, нередко склеивающие петли кишок с органами малого таза. Это обуславливает смещение указанных органов и нарушение их функции, появление болей, понижение трудоспособности.

В тех случаях, когда рассасывание происходит медленно, надо думать о гнойном характере процесса. При этом гнойник, осумковавшийся кзади от матки, либо прорывается в соседние полые органы, либо же постепенно уплотняется вследствие сгущения гноя или утолщения брюшинных спаек, осумковавших его.

Гной чаще всего прорывается в кишечник, в мочевой пузырь, реже во влагалище. Прорыву обычно предшествуют тенезмы и обильное отделение слизи, обнаруживаемой при анализе мочи. Назревающий прорыв гноя в кишечник можно установить простым осмотром анального отверстия, из которого обильно выделяется слизь. Вслед за вскрыти-

ем абсцесса состояние и самочувствие больной улучшаются, температура критически падает.

Д и а г н о з воспаления тазовой брюшины ставят на основании описанной выше характерной клинической картины.

В дальнейшем следует уточнить, имеется ли диффузный общий перитонит или же пельвеоперитонит. В выраженных случаях при наличии тяжелого септического состояния, пареза и вздутия кишечника и других симптомов вопрос решается легко. Без труда он решается и при отграниченном пельвеоперитоните в закрытой его стадии на основании сравнительно удовлетворительного состояния больной и отчетливой локализации болезненности и припухлости только в нижнем отделе живота.

Значительно труднее обстоит дело при открытой форме пельвеоперитонита, когда в брюшине малого таза разыгрывается воспаление, в остальной же ее части имеются лишь реактивные явления, так называемое раздражение брюшины — *irritatio peritonei*. В таких случаях, как уже отмечалось выше, картина настолько сходна с диффузным перитонитом, что нередко отличить эти состояния друг от друга на первых порах можно разве лишь по сравнительно более удовлетворительному состоянию больной при пельвеоперитоните. Картина выясняется, когда процесс или отграничивается и диагноз пельвеоперитонита становится ясным, или же состояние больной прогрессивно ухудшается, что будет указывать на развитие диффузного перитонита.

Диагностика значительно облегчается в тех случаях, когда врач имеет возможность вести за больной систематическое наблюдение. Повторное определение пальпаторной границы припухлости и особенно границы перкуторной болезненности позволяет установить распространение или отграничение воспалительного процесса, т. е. имеется ли в данном случае открытая или закрытая форма пельвеоперитонита.

Двуручное исследование в первые дни заболевания обнаруживает лишь «натяжение в сводах», «неясную болезненную резистентность» и некоторые другие неопределенные данные. Это объясняется и обычным в таких случаях напряжением брюшных стенок, затрудняющим исследование. Пиосальпинкс, пиоварий и другие патологические состояния, вызвавшие пельвеоперитонит, начинают выявляться позднее.

При образовании абсцесса в заматочном пространстве (*pyocele retrouterina*) задний свод, в зависимости от количества гноя, уплощается или даже выпячивается, образуя «нависание свода», и дает флюктуацию. Слизистая влагалища над абсцессом подвижна и он не распространяется на кости таза. По всем этим опознавательным данным удастся дифференцировать абсцесс от гнойного скопления в параметральной клетчатке.

Другие дифференциально-диагностические признаки, позволяющие отличить перитонит от параметрита, равно как и от других патологических процессов в органах малого таза, приведены выше (см. Параметрит).

Хронический пельвеоперитонит распознается по внутрибрюшинным спайкам, не доходящим до стенки таза, смещающим органы малого таза и склеивающим их в сложные, а иногда и крупные конгломераты (*retroflexio uteri fixata*, *periadnexitis*, *adnextumor* и т. п.).

Е. Лечение больных воспалительными заболеваниями внутренних половых органов

Методы лечения больных воспалительными заболеваниями внутренних половых органов настолько многочисленны и разнообразны, что даже краткое их описание заняло бы слишком много места. Мы ограничимся изложением лишь основных и тех из них, которые доступны в обычных поликлинических условиях или даже самой больной и знание которых необходимо врачу.

Надо иметь в виду, что с точки зрения современных представлений о механизмах лечебных воздействий первостепенная роль отводится нервным механизмам. Лекарственное вещество, антибиотик, физиотерапевтическое воздействие, лечебная физкультура, переливание крови способны рефлекторным путем: 1) менять реактивные способности организма, которые играют чрезвычайно важную роль в возникновении и течении воспалительного процесса микробного происхождения — основного вида воспалительных гинекологических заболеваний, и 2) изменять внутреннюю среду организма таким образом, что последний приобретает способность препятствовать размножению микробов, прекращать их рост, обезвреживать выделяемые ими ядовитые продукты или противостоять вызываемым ими патологическим процессам. Особенно яркое

подтверждение это получает при лечении больных антибиотиками. Накопившийся клинический материал показывает эффективность сочетания антибиотиков с переливанием крови при отсутствии положительного эффекта от одного только антибиотика, несоответствие отношения того или иного микроба к антибиотику в пробирке и в организме живого человека, эффективность антибиотика при асептических воспалениях и др. При лечебных воздействиях необходимо учитывать и роль высших отделов центральной нервной системы, в частности, положительное или отрицательное влияние побочных или случайных свойств применяемых агентов и той обстановки, в которой они применяются, ощущения больной и пр.

Особое значение приобретает лечебное воздействие слова. И. П. Павлов показал, что слово в форме речи или графического изображения в своем взаимодействии с первой сигнальной системой влияет на все функции человеческого организма, на деятельность тесно связанных между собой анимальных и вегетативных систем его (А. Г. Иванов-Смоленский). Поэтому весь комплекс лечения того или иного заболевания строится на сочетании двух моментов — воздействия на весь организм в целом, на его нервную систему, на высшие отделы ее и на этом фоне — воздействия на местные проявления патологических процессов.

Лечение больных воспалительными заболеваниями в острой стадии

При лечении больных острыми воспалительными гинекологическими заболеваниями первоочередной задачей врача является, с одной стороны, создание благоприятных условий для организма в его борьбе с инфекцией, а с другой — правильный выбор средств, направленных против вредностей, вызвавших заболевание.

Эти цели лучше всего достигаются назначением покоя, постельного режима и хорошим уходом: обеспечение чистоты кожи и белья, чистого воздуха в палате, регулярной функции кишечника и мочевого пузыря, рациональное питание, богатое витаминами. Весьма существенное значение имеет наблюдение за состоянием сердца, легких, печени, почек и других органов. Своевременное их тонизирование и поддержка их функций всеми возможными средствами, а также лечение их поражений являются совершенно

необходимыми условиями, определяющими успех проводимого лечения.

Не меньшее значение, по понятным причинам, имеет назначение и симптоматических средств — болеутоляющих, кровоостанавливающих, снотворных и т. п.

Приводим примерные прописи.

Кровоостанавливающие средства

Rp. Extr. fluid. Polygonii hydropiperis 15,0

DS. По 25—30 капель 3 раза в день

Rp. Extr. fluid Secalis cornuti 15,0

DS. По 25—30 капель 3 раза в день

Rp. Vicasoli 0,015

D. t. d. N. 6

S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Rp. Stypticini 0,15

Sol. Calcii chlorati 10% 200,0

MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день,
запивать полстаканом молока

Болеутоляющие средства

Rp. Extr. Belladonnae 0,015

Papaverini hydrochlorici 0,02

Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos.

D. t. d. N. 6

S. По 1 свече в задний проход во время
болей 1—2 раза в день

Rp. Extr. Opii 0,02

Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos.

D. t. d. N. 6

S. По 1 свече в задний проход 1—2 раза
в день

Rp. Codeini 0,02

Pyramidoni

Phenacetini aa 0,2

M. f. pulv. D. t. d. N. 6

S. По 1 порошку 3 раза в день

При всех условиях следует наблюдать за состоянием наружных половых органов и промежности, которые 2—3 раза в день, а при наличии выделений и чаще, обмывают теплым дезинфицирующим раствором.

На нижнюю часть живота кладут резиновый пузырь со льдом на 30—40 минут с перерывами в 15—20 минут.

Большое значение имеет лечение антибиотиками (пенициллином, стрептомицином, биомицином. Пенициллин назначают по 100 000 единиц через каждые 3 часа с одновременным назначением сульфаниламидных препаратов

(стрептоцид, сульфидин, сульфазол, сульфатиазол, норсульфазол) по следующей схеме: 1-й день — 5 раз по 1,0; 2-й и 3-й день — 4 раза по 1,0; 4-й и 5-й день — 3 раза по 1,0; 6-й день — 2 раза по 1,0 и 7-й день — 2 раза по 0,5; всего 22,0. Дачу этих средств прекращают после двухтрехдневной нормальной температуры и явного стихания острых явлений. Хорошие результаты дают одновременно применяемые повторные переливания однокрупной донорской крови в количестве 100—125 мл обычным или капельным путем с промежутком в 3—4 дня, подкожное введение 5% раствора глюкозы по 500 мл в сутки и внутривенно 30—40 мл 40% раствора глюкозы с 0,05 аскорбиновой кислоты.

При наличии мешотчатых опухолей и угрозы их разрыва, а также при осумкованных внутрибрюшных гнойниках и параметральных абсцессах необходимо открыть гною выход наружу (см. главу IV). В случае неотграничившегося еще пельвеоперитонита (в открытой его стадии), как показывает опыт руководимой нами клиники, пункция заднего свода, а тем более кольпотомия нецелесообразны и могут принести больше вреда, чем пользы. Лишь впоследствии, когда пельвеоперитонит перейдет в закрытую стадию, опорожнение заматочного пространства от жидкого воспалительного продукта принесет большую пользу.

Лечение больных воспалительными заболеваниями в хронической стадии

Лечение больных хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов требует большой настойчивости как больной, так и врача. Врач должен хорошо ознакомиться не только с историей возникновения и развития заболевания, но и с условиями труда и быта, питания и другими факторами, которым в процессе лечения предстоит сыграть далеко не последнюю роль. В тех случаях, когда повседневная работа затрудняет лечение, характер труда должен быть на время изменен.

Нам пришлось безуспешно лечить в течение длительного времени больную хроническим аднекситом. Позднее выяснилось, что она, будучи по профессии швеей, ежедневно работает на ножной швейной машине. Она была перенесена на ручную машину, после чего лечение, бывшее до этого безуспешным, дало положительные результаты.

Несомненно также, что рациональное и полноценное питание, пребывание на чистом воздухе, разумная физкультура и вообще все, что укрепляет организм в целом, способствует более быстрому и полному излечению.

Из громадного количества методов и средств, предложенных для лечения больных хроническими воспалительными заболеваниями, мы приведем лишь те, которые достаточно хорошо изучены и обладают значительной эффективностью.

Само собой разумеется, что в каждом отдельном случае врач должен подобрать такую комбинацию методов и терапевтических средств, которая является наиболее выгодной для лечения данной больной и практически выполнима в данной обстановке.

Главнейшие из средств и методов терапии, применяемых для лечения больных хроническими воспалительными заболеваниями, могут быть объединены в группы: фармакологическую, физиотерапевтическую, биологическую и оперативную.

Фармакологические средства и методы лечения. В эту группу входят средства дезинфицирующие, рассасывающие и болеутоляющие. О дезинфицирующих препаратах уже говорилось выше. Там же были приведены и их рецептурные прописи. Поэтому здесь нет надобности повторять их.

Средствами, содействующими рассасыванию, являются ихтиол, альбихтол, иод, глицерин и др. Их назначают в виде свечей или тампонов. В состав рассасывающих средств целесообразно вводить и болеутоляющие средства.

Примерные прописи:

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Ichthyoli 0,2
Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече на ночь в задний проход

По такой же прописи назначается и альбихтол (Albichtol).

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Kalii jodati 0,1 (0,2)
Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече на ночь в задний проход

Рассасывающие свечи назначают на ночь, причем больной рекомендуется вводить их поглубже в прямую кишку. Если свечи не вызывают раздражения слизистой

кишечника, их назначают каждый день. Рассасывающих средств в виде влагалищных шариков мы не назначаем, так как их эффективность значительно уступает эффективности свечей, применяемых ректально.

Если больная может посещать поликлинику, те же средства выгоднее назначить в виде влагалищных тампонов, вводимых через день.

Примерные прописи:

Rp. Ichthyoli 5,0 (10,0)
Glycerini 100,0
MDS. Для тампонов

По такой же прописи назначают и альбихтол.

Rp. Jodi puri 0,5 (1,0)
Kalii jodati 10,0
Glycerini 100,0
MDS. Для тампонов

Тампоны, предварительно хорошо пропитанные лекарственным составом и отжатые, вводят во влагалище после обнажения его зеркалами. Они должны плотно прилегать к своду, где имеется воспалительный процесс. При распространении воспаления на несколько сводов или на пристеночную влагалищную клетчатку тампонаду выгоднее заменить ко л ю м н и з а ц и е й. Для этого длинную марлевую полосу, пропитанную одним из названных выше средств, вводят во влагалищные своды: туго — в верхнюю треть влагалища и рыхло — в остальную его часть.

Тампоны и марлевые полоски, пропитанные лекарством, лучше всего вводить во влагалище вечером. Больные сами удаляют их утром, потягивая за конец, находящийся во входе во влагалище. После удаления тампона производят спринцевание.

Рассасывающие средства можно применять и в виде влагалищных душей (см. ниже).

Болеутоляющие средства назначают в комбинации с рассасывающими (см. прописи свечей с рассасывающими средствами). Их можно применять и в тех случаях, когда проводят курс противовоспалительного лечения рассасывающими тампонами или физическими методами (см. Лечение больных воспалительными заболеваниями в острой стадии).

Физиотерапевтические средства и методы лечения. Физиотерапевтические методы широко применяют при лечении больных хроническими воспали-

тельными гинекологическими заболеваниями. Наиболее простыми формами этих процедур являются влагалищные спринцевания, а также влагалищные души, которые отличаются от спринцевания лишь большей продолжительностью. При правильном систематическом применении этих методов, доступных в любых условиях, можно получить результаты, не уступающие получаемым при пользовании сложной и не всегда доступной физиотерапевтической аппаратурой. Большое преимущество влагалищных спринцеваний или душей состоит и в том, что физиотерапевтический эффект, обусловленный температурой и давлением жидкости, может быть усилен медикаментозным воздействием. Это достигается разведением в жидкости рассасывающих или обеззараживающих средств.

Процедуру может производить сама больная на ночь перед сном. Кружку для спринцевания, наполненную кипяченой и остуженной до нужной температуры водой, вешают на 0,5—1 м выше уровня плоскости, на которой лежит больная. Чтобы придать тазу приподнятое положение, лучше всего подложить под крестец обычное подкладное судно, куда будет стекать промывная жидкость. После этого вглубь влагалища вводят стеклянный наконечник и пускают струю воды. Спринцевание производят с таким расчетом, чтобы вся процедура продолжалась не менее 10—15 минут. Если в кружке нехватит воды, ее подбавляют.

Если спринцевание не преследует цели дезинфекции, то оно производится раствором поваренной соли. Для этого на литр воды прибавляют по столовой ложке поваренной соли или, лучше, по $\frac{3}{4}$ столовой ложки морской соли. Такой раствор не вызывает мацерации эпителия влагалища и сам по себе обладает известными рассасывающими свойствами.

Температура жидкости при первой процедуре должна быть индифферентной ($37-38^{\circ}$). В последующие дни ее постепенно повышают до предела, который больная в состоянии выносить, — до $45-48^{\circ}$ и выше. Смазывание промежности вазелином понижает ее чувствительность к высокой температуре. Если во время лечения хотя бы незначительно повышается температура тела или усиливаются боли в животе, температуру спринцуемой жидкости следует временно снизить. Таким образом, лечение проводят под контролем самочувствия больной (боли) и реак-

ции ее организма на процедуру (боль, температура тела, пульс, выделения). После спринцевания рекомендуется положить грелку или круговой согревающий компресс на всю нижнюю часть живота и крестец, чтобы задержать теплоотдачу. Целесообразно также назначать горячие клизмы из физиологического раствора или хлористого кальция (1 столовая ложка 10% раствора на $\frac{1}{2}$ стакана молока после очистительной клизмы).

В тех случаях, когда больная может оставаться дома в течение всего дня, такие процедуры назначают ей не только на ночь, но и утром, т. е. два раза в день, если только это не утомляет ее и не приводит к обострению процесса.

Хороший рассасывающий эффект дает светолечение, которое может быть проведено наиболее простым физиотерапевтическим аппаратом — световой ванной. Она представляет собой фанерную дугу, на внутренней поверхности которой укреплено 6—12 лампочек накаливания из синего и красного стекла. Световую ванну назначают только при хорошем состоянии органов дыхания и кровообращения. Во время процедуры нижнюю часть живота освещают последовательно 6, 8, 10, 12 лампами, развивающими возрастающую температуру. Продолжительность сеансов последовательно 5—7—10—12—15 минут, а при хорошей переносимости и больше, но не свыше 40 минут.

Если процесс обостряется, лечение временно прерывают и в дальнейшем его проводят более осторожно. При высокой реактивности больной, которая выражается болезненностью, высокой реакцией оседания эритроцитов, лучше пользоваться синим светом, а при понижении реактивности — красным. Курс — 30—40 сеансов, назначаемых через день.

После каждой процедуры больную следует тепло укрыть, чтобы задержать теплоотдачу, и оставить в лежачем положении не менее часа.

Лампа соллюкс менее эффективна, чем световая ванна. Она дает возможность оказывать интенсивное тепловое воздействие не на весь живот, а на определенный его участок.

Особенно большое распространение при лечении воспалительных заболеваний получило ультрафиолетовое облучение. Применяемое в достаточной дозе, оно оказывает ясно выраженный рассасывающий эффект,

который зависит от рефлекторного влияния продуктов распада белков, образующихся в коже, на весь организм (Г. С. Варшавер); этот эффект сказывается и на органах, которые не подвергались непосредственному воздействию лучей.

Хорошие результаты получают также при рефлекторно-сегментарном методе облучения, разработанном А. Я. Щербаком.

Назначается ультрафиолетовая эритемотерапия (обычно в виде «трусиков»). Одно поле облучения дают от пупка до середины бедер, второе — на пояснично-крестцовую область. Область половых органов и заднепроходного отверстия должна быть защищена подкладной клеенкой. Сеансы проводят ежедневно, всего 10—15—20 сеансов. После каждых 5—6 сеансов желательно делать 1—2-дневный перерыв.

В условиях поликлиники ультрафиолетовое облучение показано главным образом при хронических воспалительных заболеваниях; в условиях же стационара оно может быть применено и в подострой стадии.

Диатермия оказывает болеутоляющий эффект и рассасывающее действие, что зависит как от непосредственного повышения температуры в прогреваемых тканях, так и от общей гиперемии, обусловленной прогреванием.

Различают наружную диатермию двухполюсную — брюшностеночно-крестцовую и комбинированную — брюшностеночно-влагалищную или прямокишечную, или брюшностеночно-влагалищно- (или прямокишечно-) крестцовую, т. е. трехполюсную. Предложены и другие методы, но перечисленные являются наиболее распространенными.

Двухполюсная наружная диатермия через брюшную стенку — крестец при хронических воспалительных заболеваниях органов и тканей малого таза достаточно эффективна. Прибегать к комбинированной диатермии (влагалище — брюшная стенка или влагалище — крестец) следует только в специальных целях, например, для провокации скрытой формы гонорреи шейного канала.

При любом из перечисленных вариантов аппликации электродов применяют силу тока от 0,7 до 1,5 А. Продолжительность сеанса последовательно 10—15—20—30 и 40 минут. Если больная хорошо переносит лечение и не наступает обострения (значительное усиление болей, учащение пульса, субфебрильная температура, ускорение

реакции оседания эритроцитов и т. п.), назначают часовые, а в отдельных случаях и двухчасовые сеансы — ежедневно или через день. Обычно достаточно 3—4 курсов лечения по 15—20 сеансов. Досадным осложнением, заставляющим на время прекратить лечение, являются ожоги кожи; для их предотвращения необходимо, чтобы электроды плотно прилегали к коже, а главное, чтобы во время сеансов около больной постоянно находилась медицинская сестра. В этих же целях необходимо следить за тем, чтобы больные не засыпали во время сеансов.

Применение токов ультравысокой частоты (УВЧ), по наблюдению ряда авторов (Д. Л. Чернеховский, А. Б. Гиллерсон, А. Б. Прейсман и др.), имеет то преимущество перед диатермией, что может применяться не только в хронической, но и в подострой стадии воспалительного процесса. Естественно, что назначение УВЧ терапии при не совсем затихшем воспалительном процессе допустимо лишь в условиях стационарного лечения.

Ионотерапия (ионофорез) имеет целью ввести в больные органы при помощи постоянного электрического тока ионы различных лекарственных веществ, относящихся к электролитам, например, кальций, иод, цинк, серу и т. п. При этом сам электрический ток тоже оказывает лечебный эффект — болеутоляющий, кровоостанавливающий, сосудосуживающий и т. п. Таким образом, ионофорез представляет собой как бы мостик, соединяющий медикаментозное лечение с физиотерапией.

Ионофорез проводят двумя способами — наружным и наружно-внутренним. При первом из них на нижнюю часть живота и на крестец накладывают по одному пластинчатому электроду поверх влажной прокладки. Прокладку под активным электродом увлажняют раствором лекарственного вещества, а под индифферентным — физиологическим раствором поваренной соли. При втором методе активным является вводимый во влагалище наливной электрод или так называемый угольный электрод-тампон. Раствор лекарственного вещества либо заполняет оболочку наливных электродов (цилиндрические, влажные зеркала из стекла, эбонита или даже из дерева), либо пропитывает электрод-тампон. При наложении электродов надо всегда учитывать полярность ионов лекарственного вещества. Прокладку, смоченную лекарствен-

ным раствором, нужно расположить под тем электродом, от которого вводимые ионы отталкиваются. Так, например, при ионофорезе с хлористым натрием последний вводят с отрицательным ионом, а с хлористым кальцием — с положительным.

В последнее время А. В. Бартельс и Г. А. Келлат сконструировали оригинальные электроды для влагалищного или внутриматочного ионофореза, которые или сами пропитываются лекарственным веществом (цельнодеревянный электрод) или заливаются им (наливные электроды). Авторы считают, что сконструированные ими деревянные электроды удобнее и экономичнее, чем электроды, применявшиеся до настоящего времени.

В качестве лекарственного вещества чаще всего применяют: а) ионы кальция (2—5—10% растворы хлористого кальция), когда хотят получить рассасывающий и кровоостанавливающий эффект; б) ионы иода (1—2% раствор иодистого калия) — для рассасывания рубцово-спаечных образований в брюшине и клетчатке малого таза; в) ихтиол (1—2% растворы); г) ионы серы — 2—5% растворы гипосульфита (при старых воспалительных процессах в органах малого таза и т. п.); д) ионы новокаина (0,5% раствор), являющиеся своеобразной модификацией блокады по Вишневскому.

Сила применяемого тока 20—40 мА, продолжительность процедуры—15—30 минут. Курс лечения состоит из 15—20 сеансов, назначаемых каждый день или через день. В зависимости от тяжести заболевания и успешности лечения такие курсы повторяют 3—4 раза с перерывами в один месяц.

Грязелечение занимает видное место в лечении хронических воспалительных гинекологических заболеваний и применяется как в курортной, так и во внекурортной обстановке путем использования привозной грязи или торфа. Большой эффект грязелечение дает на курорте, где его обычно сочетают с другими видами лечения — гелиотерапией, климатотерапией и т. д. Одновременно с этим благотворное действие на организм больной оказывает и перемена обстановки, связанная с пребыванием на курорте, новые впечатления, физический покой, включая половой, и т. д.

На курорты можно направлять больных с хроническими гинекологическими заболеваниями, но не ранее чем

через 2—3 месяца после затихания острых явлений. Противопоказано направление на курорты больных туберкулезом половых органов, а также с нагноительными процессами в брюшине и клетчатке малого таза. При мешотчатых опухолях грязелечение может дать лишь ограниченный эффект — рассасывание окружающих опухоль спаек. До направления больных на курорт целесообразно предварительное лечение перечисленными выше физическими методами. Такое лечение покажет, насколько стойка наступившая стабилизация процесса. Руководствуясь этим и, что очень важно, общим состоянием больной, состоянием нервной системы, сердца, легких, выбирают курорт южный, северный, средней полосы, время года для проведения лечения. Так, при здоровых органах дыхания и кровообращения наиболее выгодно направлять гинекологических больных на южные курорты (Саки, Евпатория, Одесские лиманы, Славянск) в летние месяцы. Если одновременно с гинекологическим имеется и заболевание органов кровообращения, лучше направлять больных на эти курорты в осенние месяцы, а если почему-нибудь лечение должно быть проведено непременно летом — в Старую Руссу, на Сергиевские минеральные воды. Обилие курортов в СССР, в том числе и грязевых, с различными климатическими, географическими и другими условиями дает врачу широкую возможность подобрать для каждой больной наиболее выгодный из них с учетом времени года. Подробные данные по этому вопросу приведены в курортных справочниках.

Действие грязи зависит от многих факторов термического, химического, механического, биологического и другого порядка. Наиболее важное значение имеет, повидимому, термический фактор.

Грязелечение проводят большей частью путем аппликаций, т. е. наложения грязевых лепешек. Еще лучше обкладывать ими весь таз и верхние отделы в виде трусов, а также проводить лечение методом влагалищных тампонов. Грязь предварительно разогревают на солнце или на огне до 40—50°. Тампон, содержащий 100.0—200.0 грязи, в зависимости от емкости влагалища, вводят через цилиндрическое зеркало. Полностью себя оправдало комбинированное грязелечение, т. е. сочетание обоих перечисленных методов. Грязевые аппликации в отдельных случаях допустимы и во время нормальных менструаций.

После наложения грязевой аппликации больную тепло укутывают. Продолжительность процедуры различна и зависит от общего состояния больной, от ее реакции на лечение, характера заболевания, температуры применяемой грязи. При первых процедурах температура должна быть ниже, чем при последующих. В начале лечения процедура продолжается 5—7 минут, в дальнейшем ее удлиняют до 15—25 минут. По окончании процедуры больную обмывают под теплым душем и удаляют комки грязи из влагалища, которое затем промывают теплым физиологическим раствором поваренной соли. После этого больную укладывают в горизонтальном положении не менее чем на 1—2 часа. Грязевые процедуры повторяют через один или два дня. В промежутках между ними назначают водные процедуры.

При лечении больных с экссудативно-спаечными процессами в малом тазу хорошие результаты дает бальнеотерапия, особенно радиоактивными, радоновыми, сероводородными водами в Цхалтубо и Пятигорске (Е. Д. Свет-Молдавская).

В последнее время для лечения больных гинекологическими хроническими воспалительными заболеваниями широко применяют парафин, озокерит и другие средства.

Парафинотерапия, особенно эффективная при хроническом пельвеоперитоните и остаточных явлениях параметрита (параметрические тяжи), применяется не очень давно. Этот метод лечения подкупает простотой техники и доступностью в любой, даже неспециализированной поликлинике. Благоприятное влияние парафина объясняется его большой теплоемкостью при низкой теплопроводности, что дает возможность подвергать больные органы действию высокой температуры в 60—80°. Лечебный эффект может быть объяснен и тем, что при остывании парафина сдавливаются периферические сосуды и подлежащие ткани, вследствие чего усиливается их прогревание.

Парафин применяют наружно в виде аппликаций, вводят во влагалище в виде тампонов или же комбинируют оба эти метода. Парафин, нагретый до 55°, намазывают кисточкой на кожу тазовой области и живот в виде трусов. Поверх образующейся тонкой корочки наносят дальнейшие слои парафина до толщины в 1 см при температуре 60°. В последующие дни температуру последовательно

повышают, при хорошей переносимости больной — до 65—70—75°. При дозировке температуры следует руководствоваться индивидуальной чувствительностью больной во избежание ожогов, особенно наружных половых органов. Поверх парафина кладут лист промасленной бумаги, а над ней слой ваты. Больную укутывают в теплое одеяло и оставляют лежать около 2 часов. Если лечение проводится в стационаре, выгоднее процедуру проводить перед сном и оставлять больную в парафине до утра.

При влагалищном применении парафина вход во влагалище закрывают плотной пробкой, имеющей отверстие для резиновой трубки. Через эту трубку шприцем Жане вливают во влагалище 100—200 мл расплавленного парафина, в зависимости от емкости влагалища. В первый день температура парафина не должна превышать 55°. При последующих процедурах температуру постепенно повышают и, в зависимости от реакции больной, доводят до 70° и даже 75°. Принимая во внимание, что ожоги слизистой влагалища вследствие безболезненности могут остаться незамеченными даже самой больной, следует взять за правило тщательно осматривать зеркалами влагалище и шейку матки перед каждой процедурой. Парафин может оставаться во влагалище от 2 до 7 часов. Вследствие хорошо выраженной пластичности парафина удаление его из влагалища не представляет трудностей и может быть произведено самой больной.

Процедуры назначают через день. Курс лечения состоит из 15—20 процедур. Таких курсов может понадобиться несколько. В этих случаях между курсами делают перерыв на 4—6 недель.

Высокими физиотерапевтическими свойствами обладает и горный воск — о з о к е р и т, предложенный как лечебный фактор С. С. Лепским. Действие его при гинекологических заболеваниях изучено Е. Д. Свет-Молдавской. Благоприятный эффект озокерита объясняется рядом его качеств — термических (больные хорошо переносят температуру в 60—70°), биологических (содержанием в нем экстрогенных веществ и веществ, обладающих способностью митогенетического излучения) и др.

Озокерит применяют наружно или в виде влагалищных тампонов. Методика та же, что и при парафинотерапии. Процедуры продолжительностью от 20 минут до 1 часа повторяются через день. Курс лечения состоит из

10—30 процедур. Влагалищный тампон извлекает врач или сестра после снятия брюшно-крестцовой аппликации. Для этого введенный во влагалище палец правой руки доводят до верхне-переднего края тампона и надавливают им на тампон, оттесняя его кзади. Этим нарушается связь между шейкой и тампоном. Эта процедура подобна снятию с шейки матки колпачка Кафки.

Простота метода, эффективность и доступность озокерита благоприятствуют его внедрению в практику лечения больных гинекологическими воспалительными заболеваниями.

К физическим методам лечения относится и гинекологический массаж, показанный при хронических спаечных процессах в малом тазу, смещающих матку. Массаж противопоказан, когда хроническая стадия еще не прочно установилась, ввиду опасности обострения, при подозрении на беременность, при новообразованиях в органах малого таза, при гнойных эндоцервицитах, эрозиях на шейке и влагалище. Гинекологический массаж должны проводить лишь специалисты.

Биологические средства и методы лечения. Из биологических методов лечения больных хроническими воспалительными гинекологическими заболеваниями наиболее надежными и испытанными могут быть признаны вакцино- и серотерапия, протеинотерапия, аутогемотерапия, переливание крови, введение антибиотиков, преимущественно пенициллина, подсадка тканей по В. П. Филатову и некоторые другие, применяемые в специализированных лечебных учреждениях.

Вакцинотерапию применяют преимущественно при гонококковой этиологии заболевания; она излагается в руководствах по гонорее.

Неспецифическая парэнтеральная протеинотерапия является хорошим дополнительным методом, особенно когда реакция больной на лечение недостаточна или вовсе отсутствует. В наружно-верхний квадрант ягодицы вводят внутримышечно кипяченое молоко, начиная с 2 мл и, постепенно повышая дозу, доводят до 10 мл. Инъекции делают ежедневно или через день, в зависимости от реактивности больной.

Аутогемотерапию применяют в тех же случаях, что и протеинотерапию. Методика общеизвестна. Она дает хороший рассасывающий, а нередко и кровоостанавливаю-

ший эффект. Действие аутогемотерапии преимущественно рефлекторное, мобилизующее защитные реакции организма.

При лечении больных с застарелыми формами хронических воспалительных заболеваний, с мощными спаечными процессами в малом тазу, мы успешно применяли внутримышечные инъекции плацентарной крови в количестве от 2 до 10 мл. Плацентарная кровь применялась нами и в виде гемоклизм — в чистом виде или в виде гемолизированной крови. Эффект был выражен яснее, чем при остальных видах неспецифической терапии. Наши наблюдения показали, что в механизме действия парэнтерально или ректально введенной плацентарной крови далеко не последнюю роль играют содержащиеся в ней ферменты и гормоны.

Переливание крови при хронических воспалительных гинекологических заболеваниях является одним из самых мощных видов терапии, стимулирующей реактивные свойства организма. При переливании крови повышается сопротивляемость организма, устраняются явления интоксикации, улучшается и нормализуется как общий, так и местный обмен веществ в пораженных тканях (Н. И. Короткин и Адамская). Переливают 100—150 мл однокрупной донорской крови несколько раз с промежутком в 3—5 дней (С. Б. Рафалькес).

Подсадка тканей по В. П. Филатову. Введение в организм тканей, обработанных по В. П. Филатову, Краузе, Харченко, вызывает образование в нем так называемых биогенных стимуляторов (В. П. Филатов). Последние через нервную систему оказывают влияние на функции всего организма и протекающие в нем процессы. В результате наступает мобилизация защитных аппаратов организма, восстанавливаются нормальные физиологические кортико-висцеральные корреляции, что ведет либо к полному выздоровлению, либо к длительным ремиссиям (В. П. Филатов, Г. Н. Зилов). Лечение хронических гинекологических заболеваний методом подсадки ведет к уменьшению, а часто и к рассасыванию воспалительных инфильтратов; органы малого таза становятся подвижными, исчезают спайки, улучшается менструальная функция и падает температура, исчезают боли, общее состояние организма улучшается.

При этом не следует забывать, что лечение подсадкой тканей дает наилучший эффект при одновременном применении переливания крови, антибиотиков, сульфаниламидов и пр., а при соответствующих показаниях — и хирургического вмешательства.

Техника: местная анестезия 3—5 мл 0,25% раствором новокаина. Разрез кожи величиной в 2—3 см. Тупым путем создается карман, куда вносится подсаживаемая ткань. Желательно разрез и прочие манипуляции проводить без кровотечения. Принципиально можно производить подсадку в любом участке тела. Удобнее ее делать по средней подмышечной линии на уровне IX—X ребра. На кожу накладывают 1—2 узловатых шелковых шва. Накладывают сухую повязку. Швы снимают на 8—10-й день. Повторные подсадки производят при показаниях, не раньше истечения 2 недель после предыдущей. Больше трех подсадок производить нерационально. В подобных случаях этот метод следует считать для данной больной не показанным. При тщательно проводимой технике на коже остается небольшой линейный рубец. В отдельных случаях отмечаются нежелательные осложнения. Может произойти нагноение подсаженной ткани, что значительно снижает эффект подсадки. Иногда образуется небольшая гематома, что ведет, повидимому, к замедлению воздействия стимуляторов на организм. Противопоказаний к применению подсадок, если судить по литературным данным, нет. Мы вреда от подсадок также не видели. Ткань можно вводить специальным винтовым металлическим шприцем и толстой иглой; при этом разрез кожи становится излишним. Предварительная анестезия места прокола кожи при помощи 1—2 мл 0,25% раствора новокаина.

Пенициллинотерапию, как и лечение сульфаниламидными препаратами, применяют преимущественно в острой и подострой стадии воспалительного процесса. Кроме внутримышечных инъекций пенициллина, в нашей клинике успешно применяют внутривенные вливания его капельным методом вместе с 5% раствором глюкозы. В ряде случаев при таком методе лечения были получены положительные результаты даже при мешотчатых опухолях придатков матки.

Нам неоднократно удавалось приостанавливать развитие быстро нараставшего пиосальпинкса, вводя в его полость пункцией тонкой иглой 300 000 единиц пенициллина

в кончике
ского рас
ного
Пенициллин
В этом случа
500 000 до 1 000 000
функции заднего
показана эта мет
пельвеоперитонит
Оперативн
патительных гин
прибегать к операт
ленное удаление
полости малого та
ников влагалища
Из хроническ
казано при мешот
поддающихся сис
патительной тера
ранее, чем через
цесса. При таких
стерилен и попа
полость не пред
В некоторых
отложном опер
головых орган
пиосальпинкса
мах яичников
В последние
ем здоровья
дицинского об
оперативной т
циллина и др
лечения остр
ческих забол
эти создают
ративному в
Техника
спаяк и кон
чего наруш
таза, но и
этому так
листы.

в концентрированном растворе (в 2—3 мл физиологического раствора), после предварительного, хотя бы частичного отсасывания гноя.

Пенициллин можно также вводить и через задний свод. В этом случае его вводят один раз в день в количестве от 500 000 до 1 000 000 единиц. Техника — как при пробной пункции заднего свода, она будет описана ниже. Особенно показана эта методика при нагнаивающемся параметрите, пельвеоперитоните, пельвеоцеллюлите.

Оперативные методы лечения. При воспалительных гинекологических заболеваниях приходится прибегать к оперативному лечению, когда требуется немедленное удаление жидкого воспалительного продукта из полости малого таза, забрюшинной его клетчатки, из гнойников влагалища и наружных половых органов.

Из хронических заболеваний оперативное лечение показано при мешотчатых опухолях в малом тазу, упорно не поддающихся систематической и настойчивой противовоспалительной терапии. К операции не следует приступать ранее, чем через 3 года после предыдущего обострения процесса. При таких условиях осужкованный гной обычно уже стерилен и попадание его во время операции в брюшную полость не представляет большой опасности для больной.

В некоторых случаях возникает необходимость в неотложном оперативном удалении воспаленных внутренних половых органов женщины (при угрожающих разрывом пиосальпинксах, при пиоварии, при нагноившихся кистах яичников и т. п.).

В последнее время, в связи с улучшившимся состоянием здоровья нашего населения, повышением качества медицинского обслуживания больных, усовершенствованием оперативной техники, широким введением в практику пенициллина и других антибиотиков, исходы оперативного лечения острых и подострых воспалительных гинекологических заболеваний значительно улучшились. Таким образом создаются условия для расширения показаний к оперативному вмешательству.

Техника этих операций очень сложна из-за обширных спаек и конгломератов с соседними органами, вследствие чего нарушается обычная топография органов не только таза, но и всей нижней половины брюшной полости. Поэтому такие операции могут производить только специалисты.

Некоторые принципиальные вопросы лечения больных хроническими гинекологическими заболеваниями

Изложенным далеко не исчерпываются все методы и средства лечения больных хроническими воспалительными гинекологическими заболеваниями. Большое количество их доступно лишь специалистам. Однако успех лечения зависит не от разнообразия применяющихся методов и средств, а главным образом от систематичности проводимой терапии, от воли больной к излечению, от настойчивости врача. При таких условиях даже примитивные средства лечения, как спринцевания, грелки, компрессы, легко доступные медикаменты, могут дать прекрасные результаты. При отсутствии же целеустремленности и настойчивости лечение дорогостоящими и малодоступными медикаментами, сложной физиотерапевтической аппаратурой, пребывание на курортах могут оказаться малоэффективными или даже безуспешными.

Естественно, что при составлении плана лечения должно быть предусмотрено комбинированное применение нескольких методов и средств. В зависимости от условий, возможны следующие варианты.

Больная не может посещать поликлинику. В таких случаях лечение проводит только сама больная дома. Назначают горячие влагалищные души, клизмы, согревающие компрессы, медикаментозные рассасывающие средства в свечах.

Больная может посещать поликлинику и одновременно выполнять некоторые процедуры дома. В таких случаях врач проводит лечение тампонами, физическими методами. Сама больная производит дома горячие влагалищные спринцевания или души, кладет себе компрессы и т. п. и, кроме того, в дни, свободные от посещения поликлиники, проводит лечение рассасывающими свечами.

Больная может посещать поликлинику, но не имеет возможности производить дома даже простые процедуры. В таком случае все лечение проводят в поликлинике. Самой больной, если в этом будет необходимость, поручают вводить на ночь лекарственные свечи в прямую кишку.

При проведении курса лечения, особенно физическими методами, важно придерживаться следующих правил.

Первоначально следует применять физический агент, как-то: тепло, механическое воздействие и т. п., в невысокой дозе, близкой к индифферентной, и лишь в дальнейшем постепенно увеличивать ее до допустимо максимального предела.

Лечение надо проводить под строгим наблюдением за общим (нервная система, сердце, легкие и т. д.) и местным (обострение) состоянием организма. В случае ухудшения общего состояния или обострения местного процесса следует снизить дозировку, иногда временно прервать или даже отменить лечение.

При наступлении беременности надо прекратить противовоспалительное лечение, которое может не только спровоцировать аборт, но и вызвать ухудшение заболевания. При этом не следует забывать, что само по себе наличие прогрессирующей беременности эффективнее известных методов лечения хронических воспалительных гинекологических заболеваний.

На время менструации следует отменять все процедуры и ограничить лечение назначением свечей. Лишь при грязелечении на курорте можно в интересах полного использования всего срока пребывания в санатории продолжать процедуры, но только наружные. Все влагалищные манипуляции во время менструации противопоказаны.

В течение всего курса лечения следует укреплять волю больной к излечению. В случае наступающего ухудшения, обострения процесса, усиления боли следует разъяснить сущность реакции, являющейся проявлением защитных сил организма.

К курортному лечению важно приступить по возможности вскоре после того, как процесс принял хронический характер, но не раньше чем через 6—8 недель после бывшего обострения. Предварительно должно быть проведено по месту постоянного жительства больной лечение физическими методами для того, чтобы убедиться, что процесс не имеет склонности даже к легким обострениям.

Целью лечения должно быть не только устранение патологических симптомов, но и сохранение больных органов и восстановление их нормальной функциональной деятельности. Поэтому в детородном возрасте женщины можно прибегать к оперативному лечению лишь при наличии жизненных показаний.

Следует еще раз подчеркнуть, что применение изложенных методов доступно любому практическому врачу, если он встретится с подобными больными. Тех врачей, которые пожелают более углубленно познакомиться с методами лечения гинекологических больных, мы отсылаем к специальным руководствам и монографиям.

ЛИТЕРАТУРА

- Атабеков Д. Н., Гнойные очаги в малом тазу, изд. ЦИУ, М., 1953.
- Брауде И. Л., Консервативное лечение женских болезней, Медгиз, 1939.
- Бубличенко Л. И., Послеродовая инфекция, т. I—III, Медгиз, 1946—1948.
- Жордания И. Ф., О распознавании начальных форм перитонита методом перкуссии живота, Советская медицина, 1949, № 11.
- Илькевич В. Я., Заболевания тазовой клетчатки и брюшины (глава из «Руководства по женским болезням» под редакцией Л. А. Кривского), изд. «Практическая медицина», Л., 1927.
- Малиновский М. С., Заболевания яичников (глава из того же руководства).
- Окинчиц Л. Л., Гинекологическая клиника, ч. I, изд. «Практическая медицина», Л., 1927.
- Писемский Г. Ф., Заболевания маточных труб (глава из «Руководства по женским болезням» под редакцией Л. А. Кривского), изд. «Практическая медицина», Л., 1927.
- Рафалькес С. Б., Послеродовые инфекционные заболевания, Медгиз, 1948.
- Свет-Молдавская Е. Д., Озокеритотерапия воспалительных заболеваний женских половых органов, Акушерство и гинекология, 1949, № 1.
- Ягунов С. А., Основы лечения физическими методами гинекологических заболеваний (глава из «Учебника гинекологии» К. К. Скробанского), Медгиз, 1938.
-

ОРГАНИЗМ
НОВО

Организм
учрежде
постави
альност
можно
новообр
тивную
дого в
стики
органа
нии з
котор
ственн
матки
ва, вс
практ
рака
нов ж
вопро
ям. Т
лечен
выми
прово
насто
И
жен
позво
был

Глава III

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МАТКИ. ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Организация в СССР широкой сети онкологических учреждений, равной которой нет ни в одной стране мира, поставила перед всеми врачами, независимо от их специальности, огромной важности задачу — активно и как можно раньше выявлять больных со злокачественными новообразованиями и организовать своевременную эффективную помощь им. В настоящее время обязанностью каждого врача является овладеть методикой ранней диагностики злокачественных новообразований, в каком бы органе они ни развивались. Особенно это важно в отношении злокачественных опухолей женских половых органов, которые поражаются чаще других. Среди всех злокачественных опухолей женских половых органов рак шейки матки занимает первое место и, по данным А. И. Сереброва, встречается почти у 85% больных. Этим объясняется практическое значение овладения методикой диагностики рака матки. Что касается новообразований других органов женской половой сферы, то интересующимся этим вопросом следует обратиться к специальным монографиям. Точно так же в данной главе мы не будем касаться лечения больных раком и так называемыми предопухолевыми состояниями. Описание лечения их, которое должно проводиться врачом-специалистом, выходит за пределы настоящей книги.

Изучение нами материалов обследования свыше 3 млн. женщин, произведенного в РСФСР в 1946—1949 гг., позволило установить, что из числа женщин, у которых был обнаружен рак половых органов, 25% своевременно

обращались за медицинской помощью, но рак не был распознан; 50% женщин, несмотря на наличие подозрительных симптомов, не обращались за врачебной помощью. Очень часто рак распознавался только попутно, случайно при обращении больных в гинекологическую поликлинику или при исследовании в стационаре по различным поводам.

Анализ причин поздней обращаемости больных раком к врачебной помощи, произведенный Б. А. Архангельским, А. И. Серебровым, А. Ю. Лурье, показал, что в 50% случаев отмечено недостаточное внимание больных к своему здоровью, незнание ими сущности и последствий нелеченных раковых поражений, незнание подозрительных на рак симптомов. Те симптомы, которые считались больными патогномоничными для рака матки, как-то: разъедающие бели, неправильные кровотечения, боли, появляются очень поздно, когда уже имеется распад раковой опухоли, а нередко и инфильтрация тазовой клетчатки. В 25% случаев рак протекал бессимптомно, а когда появлялись первые симптомы болезни, часто неясные, имелось уже далеко зашедшее поражение. Наконец, в 25% случаев больные поздно обращались к онкологу вследствие того, что не только не был своевременно поставлен правильный диагноз, но и лечащий врач вообще не распознал истинную природу заболевания. Причины этого были в основном следующие: 1) небрежное собиранье анамнеза или даже полное отсутствие его; 2) назначение симптоматического лечения до установления точного диагноза, например, различных спринцеваний влагалища при жалобах больной на бели, кровоостанавливающих средств при кровянистых выделениях. Этому способствует то обстоятельство, что некоторые врачи считают поражение раковой болезнью исключительно редким, если женщина еще не достигла климактерического периода, и не придают значения кровотечениям и «ациклическим менструациям» ранее этого периода. Между тем до $\frac{1}{3}$ больных с указанными расстройствами, обращающихся к врачам до наступления климактерия, страдает раком матки; 3) недостаточно тщательно проводимое влагалищное исследование, в частности, малое использование исследования при помощи зеркал (до 15%, по данным А. И. Сереброва), способствует тому, что просматриваются эрозии, незначительные уплотнения, явления так

называемых
ная картина
вследствие
денном
руки и т.
нии уже не
За последние
ные ошибки
нако время
необходимо
Практически

врачу не треб
лишь данные
тическому пер
смертность со
ступило у 55
смертность со
у 20%.

Отсюда в
борьбы с рак
тельная рабо
ного привлеч
ную обраща
своевременн
женщин и н
щее наблюд

Борьба за

В 1948
нения Сою
по профил
вых заболе
разветвлен
все предп
ния оказ
в частнос
органов.

В осно
стематиче
ных групп
Впервы
рекомендо

называемого предопухолевого состояния; 4) недостаточная настороженность врачей по отношению к раку матки, вследствие чего нередко больные находятся «под наблюдением» слишком долго и передаются в более опытные руки или переводятся в специальные стационары в состоянии уже неоперабельного или даже некурабельного рака. За последние годы в Советском Союзе подобные врачебные ошибки имеют явную тенденцию к уменьшению. Однако время от времени они проявляются, и потому о них необходимо упомянуть.

Практическое значение раннего обращения больной к врачу не требует специальных доказательств. Приведем лишь данные К. М. Фигурнова, относящиеся к доантибиотическому периоду: у рано обратившихся операционная смертность составила 4%, а стойкое выздоровление наступило у 55%; у поздно оперированных операционная смертность составила 13%, а стойкое излечение наступило у 20%.

Отсюда вытекают основные требования организации борьбы с раковыми поражениями: 1) санитарно-просветительная работа среди женского населения в целях активного привлечения его к борьбе за свое здоровье, за раннюю обращаемость к врачебной помощи; 2) умение врачей своевременно выявлять подозрительных на рак матки женщин и немедленно организовать для них соответствующее наблюдение и лечение.

Борьба за раннюю обращаемость женщин к врачу в целях выявления рака матки

В 1948 г. был издан приказ Министерства здравоохранения Союза ССР за № 312 с приложением инструкции по профилактике рака и диагностике ранних форм раковых заболеваний. В настоящее время в СССР существует разветвленная сеть онкологических учреждений и созданы все предпосылки для улучшения распознавания и ускорения оказания лечебной помощи всем больным раком, в частности, женщинам, страдающим раком половых органов.

В основу этих предпосылок положены массовые и систематические профилактические осмотры организованных групп женского населения.

Впервые подобные осмотры в целях выявления рака рекомендовал в конце XIX века В. Ф. Снегирев. Вполне

понятно, что в то время не было той общественно-политической основы, которая позволила бы претворить в жизнь прогрессивное предложение В. Ф. Снегирева.

Мысли, высказанные В. Ф. Снегиревым, однако, не были забыты. Врачебная общественность совместно с прогрессивно настроенной интеллигенцией стала проводить в больших городах так называемые «раковые недели», целью которых была организация в городских амбулаториях бесплатных профилактических осмотров женщин старше 40 лет. Эти «недели» носили эпизодический характер, вследствие чего они имели ограниченное значение. Особенно усердно пропагандировали и осуществляли «раковые недели» в предвоенные годы Н. Н. Петров и Л. Л. Окинчиц (Ленинград).

Организация подлинно массовых, «поголовных» профилактических осмотров женщин была впервые осуществлена гинекологами во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. на территориях, освобожденных от врага. Хотя эти осмотры не имели своей целью выявление только рака половых органов, тем не менее опыт их оказался чрезвычайно полезным для проводимых в дальнейшем профилактических осмотров с целью выявления женщин, больных раком¹. Этот опыт был продолжен и после окончания войны: в послевоенные годы массовые гинекологические профилактические осмотры, в частности, в целях выявления рака половых органов, проводились повсеместно и особый размах получили в РСФСР, в УССР и в других союзных республиках.

Профилактические гинекологические осмотры женщин должны носить действительно массовый характер. Их следует производить систематически — один раз в 6 месяцев, и они должны охватывать по возможности все взрослое женское население района обследования. Там, где это возможно, одновременно с гинекологическим осмотром обследуемых женщин, который производится врачами-гинекологами, должно проводиться их обследование и врачами других специальностей.

¹ См. статьи: 1. И. Ф. Жордания, Военно-медицинский журнал, 1945, № 4—5; 2. И. Ф. Жордания, Энциклопедический словарь военной медицины, т. I, 1946, стр. 1230; 3. А. Ю. Лурье, Ф. А. Сыроватко, И. Ф. Жордания и других авторов в журнале «Акушерство и гинекология», 1949, № 4.

Для того чтобы облегчить работу врача-гинеколога и дать ему возможность все свое время и внимание сосредоточить на женщинах, подозрительных в смысле «предопухолевого» состояния половых органов, а тем более подозрительных на рак, целесообразно привлекать к массовым гинекологическим профилактическим осмотрам фельдшериц и акушерок, но с тем, чтобы их задача ограничивалась только отбором здоровых женщин.

В годы войны и в первое время после ее окончания акушерки и фельдшерицы активно и умело помогали врачам в проведении массовых профилактических осмотров и других оздоровительных мероприятий как среди женщин, находившихся на территориях, освобожденных от временной оккупации, так и среди женщин, возвращавшихся на родину из вражеского тыла, куда они были насильственно угнаны из временно захваченных территорий СССР. Этот опыт, полученный гинекологами в годы войны, был успешно использован ими в этих же целях и в послевоенные годы.

Для того чтобы периодические профилактические осмотры женщины достигли своей цели, необходимо, чтобы к ним были привлечены все подлежащие осмотру женщины (т. е. старше 30 лет) как из организованного населения, так по возможности и домашние хозяйки, инвалиды и другие представительницы так называемого неорганизованного населения. При этом должны быть проведены соответствующие подготовительные мероприятия, из которых главными являются следующие: 1) выбор места и времени обследования, удобного для населения; 2) своевременная подготовка списков женщин, подлежащих обследованию; 3) оснащение гинекологического кабинета, предназначенного для профилактических осмотров, всем необходимым (влагалищные зеркала, предметные стекла для мазков и «отпечатков» и пр.); 4) предварительный инструктаж медицинских работников о задачах, порядке и методике обследования. В частности, должно быть точно установлено, в каких помещениях будут брать мазки для цитологического исследования, где будут производить биопсии, где будут изучать мазки и «отпечатки», равно как и биоптический материал, к каким консультантам направлять в случае необходимости больных, куда должны быть стационарованы больные для хирургического или лучевого лечения и т. п.; 5) при-

влечение к подготовительной работе по осмотрам соответствующих партийных, профсоюзных советских организаций, в частности, райкомов Красного Креста и Красного Полумесяца; 6) проведение среди женского населения соответствующей санитарно-просветительной работы.

Санитарно-просветительная работа, по мнению Института санитарного просвещения Министерства здравоохранения Союза ССР (Л. Орловский), должна преследовать следующие основные цели:

1) ознакомление женщин с ранними признаками рака и предраковых состояний половых органов. Это ознакомление должно быть организовано таким образом, чтобы можно было быть уверенным в действительном достижении поставленной цели;

2) вселение уверенности среди населения в излечимость рака, особенно при раннем его выявлении;

3) рассеяние страха перед хирургическим методом лечения рака, внедрение в сознание представления о его высокой эффективности при раннем применении, что возможно лишь при раннем обращении женщины к врачу;

4) разъяснение цели профилактических осмотров и значения своевременной и систематической явки на них;

5) побуждение к точному выполнению предписаний врача и к соблюдению профилактических мероприятий, имеющих целью предупредить развитие рака;

6) разъяснение вреда всяких предрассудков, имеющих еще хождение среди части женщин (например, что в определенном возрасте «крови путаются», что «бели бывают у всех» и т. п.).

Все эти цели санитарного просвещения могут быть достигнуты различными путями: радиопередачами, распространением листовок, организацией выставок, выпуском специальных научно-популярных книг, стенгазет, бюллетеней, статьями в общей печати.

Самым эффективным методом санитарно-просветительной работы следует считать лекцию, проводимую на высоком политическом и научном уровне, богато иллюстрируемую диапозитивами, кинокартинами, выставками и т. п. Большое значение имеет в этом отношении и ораторское искусство лектора, его научная подготовка, отношение к нему населения. Наконец, в помощь учреждениям, проводящим осмотры, должен быть привлечен санитарный актив завода, фабрики, учреждения, колхоза.

Такая постановка санитарно-просветительной целенаправленной работы позволяет довести явку на осмотры до 95% и выше (Л. Орловский).

Методика и форма учета лиц, прошедших осмотры, изложены в упомянутой выше инструкции, приложенной к приказу № 312, с которой должны быть знакомы все врачи. Также крайне желательны осмотры женщин по направлениям хирургов и терапевтов в тех случаях, когда у этих врачей возникает хотя бы неясное подозрение на рак половых органов.

Все женщины, подозрительные на рак, должны быть немедленно подвергнуты специальному обследованию (см. ниже «Ранняя диагностика рака матки») и при подтверждении диагноза ракового поражения направлены для специального лечения, а при сомнительных или отрицательных ответах взяты под особое диспансерное наблюдение со специальным осмотром раз в 4—6 недель и повторным производством необходимых исследований.

Очень интересны данные А. Ю. Лурье по УССР, наглядно показывающие значение профилактических осмотров.

Так, по сводной статистике Киевской онкологической клиники, в 1947 г. обращалось в первый месяц заболевания лишь 8% женщин, а в 1948 г. — уже 32%. По данным Харьковского онкологического института, по всей Левобережной Украине в 1948 г. в первый месяц обратилось 47,1% больных, в срок от 2 до 3 месяцев — 20,1%, от 4 до 6 месяцев — 25%. По данным Киевского онкологического диспансера, в I квартале 1948 г. от появления первых симптомов до обращения к врачу проходило 71,5 дня, а во II квартале в среднем — 50,5 дня; от обращения больной к врачу до постановки диагноза в I квартале проходило 10 дней, во II квартале — 7 дней. Срок, прошедший от постановки диагноза до госпитализации, в I квартале составлял 10 дней, во II квартале — 4 дня.

Наибольший интерес представляют сдвиги, происшедшие в отношении операбельных больных (распространение рака I и II стадии) к числу неоперабельных (рак III и IV стадии).

Так, по Киеву это отношение составляло в 1945 г. 57,4 и 42,5%, в 1948 г. — 64,4 и 35,6%, по Сумской области в 1948 г. — 52 и 48%, по Одесской области — 81,2 и

18,8%, по Киевской области — 68,7 и 32,3%, по Херсонской области — 77,3 и 22,7%.

Представляют также значительный интерес цифры, свидетельствующие о выявлении рака в I стадии. Рак матки в I стадии в 1948 г. был установлен в Киеве в 34,2% случаев, в Одесской области — в 67%, в Запорожской области — в 40,8%, в Киевской области — в 37% случаев.

Данные А. Ю. Лурье, Ф. А. Сыроватко, А. С. Баюровой и других авторов подтверждают не только актуальность идеи массовых профилактических осмотров женщин, но и полную возможность практического ее претворения в жизнь.

Естественно, что приходящие на осмотр женщины, особенно в сельских местностях, одновременно заинтересованы выяснить общее состояние своего здоровья, а не только подвергнуться гинекологическому осмотру. Поэтому при проведении осмотров обязательно следует предусмотреть возможность попутного выявления и других заболеваний путем «комплексного обследования».

К сказанному следует прибавить, что в деле раннего выявления предопухолевых состояний и рака половых органов большую роль играет, наряду с профилактическими периодическими осмотрами женщин, обязательное гинекологическое обследование женщин, особенно старше 30 лет, лечащихся во всех отделениях больниц, расширение круга диспансеризованных больных и другие профилактические мероприятия.

В тех случаях, когда почему-либо нельзя организовать профилактические осмотры в широких масштабах, их следует проводить по крайней мере среди женщин-работниц, особенно ведущих профессий.

Наряду с профилактическими массовыми осмотрами женщин, стоят и следующие мероприятия, которые должны систематически проводиться в родильных домах, поликлиниках и женских консультациях: 1) осмотр при помощи зеркал всех беременных женщин при первой их явке в женскую консультацию и при сроке беременности в 35 недель; 2) осмотр при помощи зеркал всех первородящих и тех из повторнородящих, у которых можно предположить свежий разрыв шейки матки (роды крупным плодом, быстрые роды, роды в разгибательных вставлениях и т. п.); 3) зашивание даже незначительных, некровоточащих разрывов шейки матки; 4) повторный

осмотр при помощи зеркал всех родильниц накануне их выписки из родильного дома; 5) тщательное лечение всех патологических процессов, поражающих шейку матки, как-то: выворот слизистой оболочки шеечного канала, хронические эрозии, полипы, лейкоплакии (см. ниже).

Следует добиваться также полного излечения в сравнительно короткие сроки больных воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Вполне понятно, что лечение подобных больных, особенно когда применявшееся ранее лечение не было достаточно эффективным, следует передавать в руки специалистов-гинекологов как можно раньше.

Ранняя диагностика рака матки

В согласии с огромным большинством исследователей и практических врачей мы прежде всего должны подчеркнуть, что так называемые кардинальные симптомы начинающегося рака матки, особенно если они появляются у женщин старше 35 лет или в климактерическом периоде—неправильные менструации, контактные кровотечения, бели, боли, не только не являются первичными, но чаще всего указывают на значительное распространение («запущенность») поражения, на начинающийся распад опухоли (конечно, при обязательном условии, что эти симптомы действительно зависят от рака матки или влагалища).

Почти как правило, рак матки начинается бессимптомно. При тщательном исследовании и расспросе женщин, у которых в дальнейшем устанавливают рак матки, удается обычно выявить ряд неясных симптомов, которые в совокупности направляют мысль врача в сторону поисков злокачественного новообразовательного процесса. «Раковая настороженность» участкового врача во много раз эффективнее в отношении раннего выявления подозрительных на рак больных, чем многочисленные и сложнейшие диагностические приемы, применяемые высококвалифицированными гинекологами. Это и понятно, если вспомнить, что к последним больная попадает обычно тогда, когда сомнений в раковой природе заболевания почти уже нет. При таком поведении врача «своевременная и действительно ранняя диагностика для больной будет обеспечена» (А. И. Серебров).

Р а с с п р о с. Тщательно и умело собранный анамнез по методам и принципам, изложенным в главе I, может

дать вдумчивому врачу очень многое для того, чтобы заподозрить рак матки. Так, нарушение ритма менструальных кровотечений, появление обильных выделений (белей), которые не могут быть объяснены воспалительным процессом в половых органах, особенно если они появляются в климактерическом периоде и во время менопаузы, всегда являются подозрительными. Боли имеют гораздо меньшее значение, так как они появляются довольно поздно, когда раковый процесс уже захватил ткани малого таза.

Должно быть резко осуждено любое симптоматическое лечение обнаруженных нарушений до того, как исключено подозрение на рак матки. Тщательное же наблюдение в течение не слишком продолжительного времени помогает выявить истинную причину заболевания. Должно быть также обращено внимание на общее состояние больной и выяснена природа изменений в общем состоянии, если они имеют место.

Физическое исследование больной. После общего исследования производится влагалищное исследование больной. Последнее должно начинаться с тщательного двуручного исследования шейки матки, тела ее и всех прочих органов малого таза. Необходимо также влагалищно-прямокишечное исследование, так как оно дает возможность выявить изменения в клетчатке таза, в крестцово-маточных связках и, кроме того, раковое поражение прямой кишки или подозрение на него. Анатомическая близость кишки к половым органам, частота ракового поражения ее делают вполне понятным требование обязательного осмотра и исследования прямой кишки. Каждое влагалищное исследование должно обязательно заканчиваться осторожным осмотром шейки и влагалища при помощи зеркал, для чего лучше всего пользоваться подобранным по размерам ложкообразным зеркалом и подъемником как наносящими минимальную травму.

Влагалищное двуручное исследование может в самых начальных стадиях поражения вообще не дать указаний на наличие каких-либо изменений. В части случаев исследующий палец обнаруживает некоторое утолщение и уплотнение шейки, занимающее часть ее и переходящее в здоровую ее часть без резких границ, безболезненно. Это утолщение определяется особенно хорошо, когда палец мо-

жет слегка проникнуть в шейечный канал при приоткрытом зеве. В этих случаях отмечают потерю эластичности органа, хрупкость тканей и сосудов, легко вызываемую кровоточивость даже при слабом дотрагивании зондом. Особенно важно при детальном расспросе поставить в связь выявленную кровоточивость с наличием контактных кровотечений — после полового акта, при физических напряжениях.

Напомним, что обычно различают следующие формы опухоли шейки: 1) экзофитную форму, при которой в шейке определяются отдельные бугристые образования, иногда рыхлые и поверхностные; 2) эндофитную форму, при которой шейка набухла, плотна, неэластична при гладкой поверхности ее; 3) смешанную форму — комбинацию эндофитной и экзофитной форм; 4) язвенную (кратерообразную) форму (рис. 26).

Исследование при помощи зеркал позволяет установить наличие эрозий, узловатых и папиллярных разрастаний (иногда в виде цветной капусты) эктропиона, выпуклостей на шейке матки, покрытых неизменной, слегка цианотичной слизистой. Раковая язва имеет в известной степени характерный вид: поверхность ее неровная, как бы бугристая, ткань при ощупывании плотная, цвет более темный, чем окружающих тканей; ткань язвы хрупка, легко кровоточит, не возвышается над окружающими тканями. В некоторых случаях на границе со здоровой тканью можно различить бороздку.

Поводом к смешению раковых и нераковых поражений могут служить различные патологические состояния, дающие на первый взгляд сходную с раком картину, если очаг поражения находится на шейке матки. Сюда относятся:

1. **Твердый шанкр** — круглая или овальная язва, с несколько приподнятыми и неподрытыми краями. Дно язвы гладкое, покрыто небольшим салым налетом. Окружающие ткани не поражены, воспалительных явлений в окружности нет, язва не имеет склонности давать кровотечения. Паховые лимфатические узлы резко увеличены. При подозрении на сифилис необходимо произвести реакцию Вассермана, исследовать отделяемое язвы на бледную спирохету.

2. **Распадающиеся миомы и полипы**, рождающиеся и родившиеся, напоминают распадающуюся раковую опухоль, дают атипические кровотечения. Но при

этом удается большей частью обнаружить ведущую в полость матки ножку опухоли и края наружного зева выше опухоли.

3. Доброкачественные папилломы и острые кондиломы не кровоточат и почти всегда множественны, нередко одновременно имеются во влагалище и на промежности.

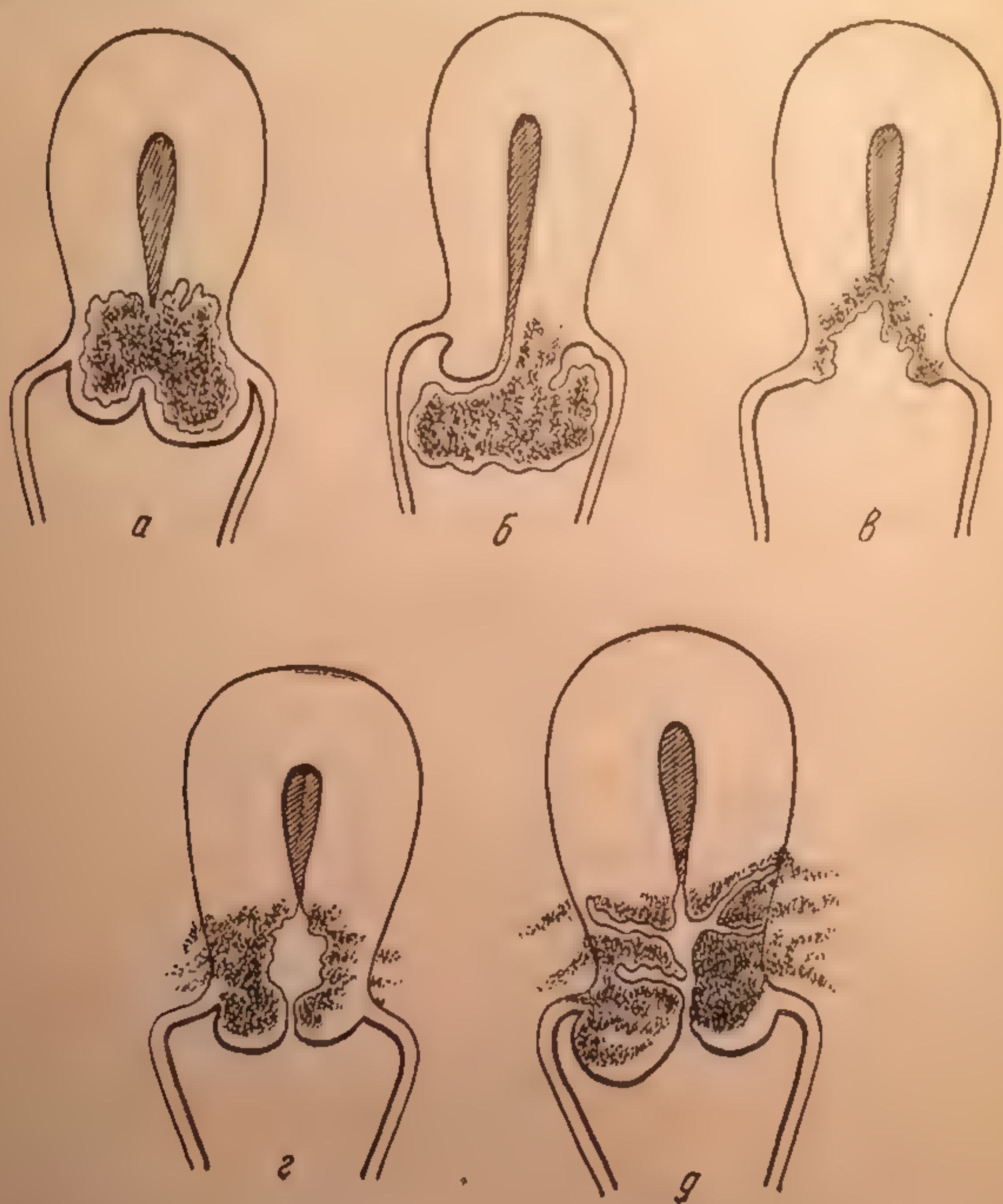


Рис. 26. Различные формы рака шейки матки (по А. И. Сереброву).

4. Эндометриозы — небольшие, обычно очень напряженные узелки в глубоких частях задней стенки шейки матки. Получаемые при исследованиях данные меняются в зависимости от того, произведено ли исследование тотчас по окончании менструации, в середине менструального периода или перед началом менструации. Ко времени менструаций узелки увеличиваются в объеме в связи с гиперемией половых органов, и это вызывает появление болей.

Имеются литературные данные о возможности последующего злокачественного перерождения эндометриозов.

5. Туберкулезные язвы имеют по периферии просовидные высыпания. Дно язвы покрыто серым налетом, края ее подрыты, дно неровное, легко кровоточит (А. Ю. Лурье). Обычно язва комбинируется с туберкулезным поражением вышерасположенных отделов внутренних половых органов (К. П. Улезко-Строганова).

6. Простая эрозия, об отличительных признаках которой сказано в главе II.

При каждом обследовании женщины необходимо исследовать состояние молочных желез. В главе I уже указывалось, какое значение для постановки диагноза имеет тот или иной патологический процесс в молочных железах. Повторяем, что получение молозива при отсутствии беременности в настоящем и прошлом, кровянистых выделений из соска, различная величина обеих желез, наличие в толще их плотных образований и т. п. являются признаками, вызывающими подозрение на опухолевый процесс.

Указанные выше методы прямой и дифференциальной диагностики не могут в ряде случаев служить абсолютным основанием для решения вопроса о наличии или отсутствии ракового поражения. Поэтому было предложено большое количество различных исследований, имеющих целью уточнить диагноз. Мы не будем останавливаться на их перечислении и описании. Многие из них имеют весьма относительное значение, а для проведения многих из них нужна специальная аппаратура, доступная только высококвалифицированным гинекологическим учреждениям. Поэтому мы сосредоточим наше внимание лишь на тех методах исследования, которые доступны практически врачу в обычных условиях и достаточно эффективны для того, чтобы неясное подозрение на рак или отпало, или стало достаточно твердым и чтобы больная могла быть немедленно направлена в специальное учреждение для окончательного установления диагноза или для лечения.

Сюда относятся:

1. Проба с люголевским раствором. Шейку матки смазывают люголевским раствором и через несколько минут ткани, не пораженные раком и содержащие гликоген, окрашиваются в темнобурый цвет, пораженные же совсем не окрашиваются. Проба недо-

статочна надежна, но все же во многих случаях является полезной. Для биопсии (см. ниже) берут как раз кусочки из неокрашенных тканей, так как участки, окрашенные люголевским раствором, покрыты нормальным эпителием — в этом заключается основное значение пробы. Надо также иметь в виду, что неокрашенные участки могут получиться и при других поражениях, как, например, при лейкоплакии и гиперкератозе, которые в настоящее время рассматриваются как предопухолевые состояния.

2. Цитологическое исследование отделяемого влагалища, метод отпечатков.

3. Тканевая пункция, или аспирационная биопсия, впервые предложенная учениками С. П. Боткина Белоголовым и Яппа.

Об этих методах исследования говорилось в главе I.

По данным Е. Я. Ставской и Д. В. Левиной, цитологические исследования позволяют судить об атипии, анаплазии и гетеротипии изучаемых клеток. Полученную морфологическую картину в цитограммах следует рассматривать как цитологический симптомокомплекс, отражающий биологическую перестройку клетки при раковом поражении.

По данным Е. В. Новиковой, расхождение в диагнозе при цитологическом и гистологическом исследовании на рак имело место в 6,8%, что делает этот метод, особенно при профилактических осмотрах, практически ценным, тем более что он не травмирует больную. Окраску мазков лучше производить по Романовскому. Однако всегда следует в дальнейшем проверять данные цитологии влагалищного секрета биопсией.

4. Метод нативных препаратов по А. Е. Альтгаузену. Отделяемое берут ватным тампоном, плотные частицы снимают и расщепляют на предметном стекле, жидкое содержимое тампона отжимают на то же стекло. Препарат исследуют без предварительной фиксации и неокрашенным.

5. Инцизия из шейки матки и диагностическое выскабливание полости матки (биопсии) являются самыми важными методами диагностики ракового поражения; они обязательно должны применяться всегда, когда возникает подозрение на рак тела (выскабливание) или шейки матки (инцизия).

Биопсия (инцизия) из шейки матки производится следующим образом. Обнажив шейку матки при помощи зер-

кал и протерев ее спиртом, захватывают здоровую губу пулевыми щипцами и извлекают; из пораженной части

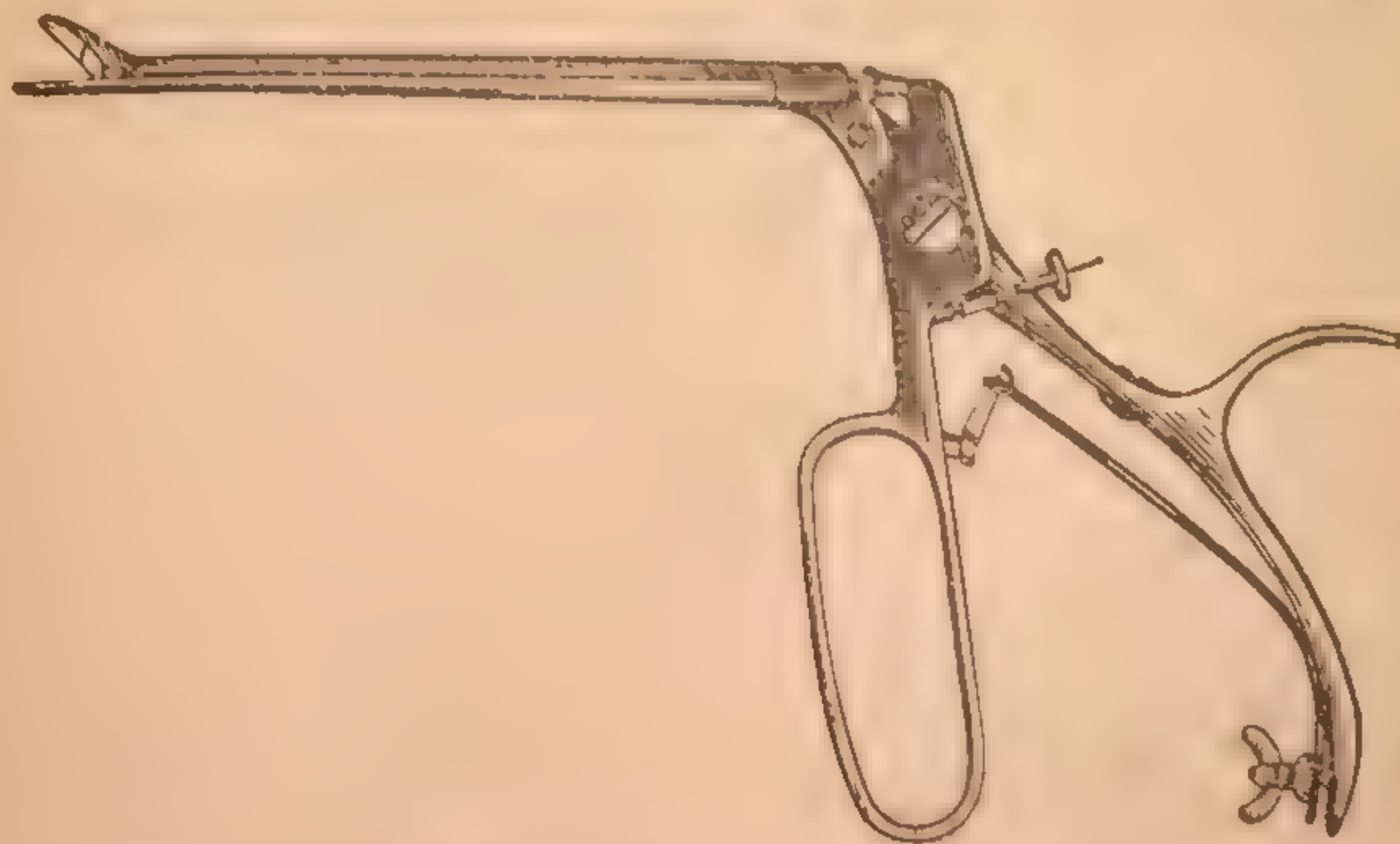


Рис. 27. Конхотом, употребляемый для биопсии.

(эрозия, лейкоплакия и т. п.) иссекают клиновидный кусочек с таким расчетом, чтобы в нем содержалась и патологически измененная, и здоровая ткань (рис. 27, 28, 29 и 31).

Если образовавшаяся рана кровоточит, на нее накладывают лигатуры (рис. 31) или прикладывают к ней на 1—2 минуты полупроцентный раствор перекиси водорода, а затем влажные тампоны на 4 часа марлей. Материал для биопсии может быть взят из шейки и методом откусывания (рис. 32). Биопсию следует производить в стационаре.

Для получения соскоба эндометрия при пробном выскабливании дезинфицируют наружные половые части и влагалище и, обнажив при помощи зеркал шейку матки, захватывают ее пулевыми

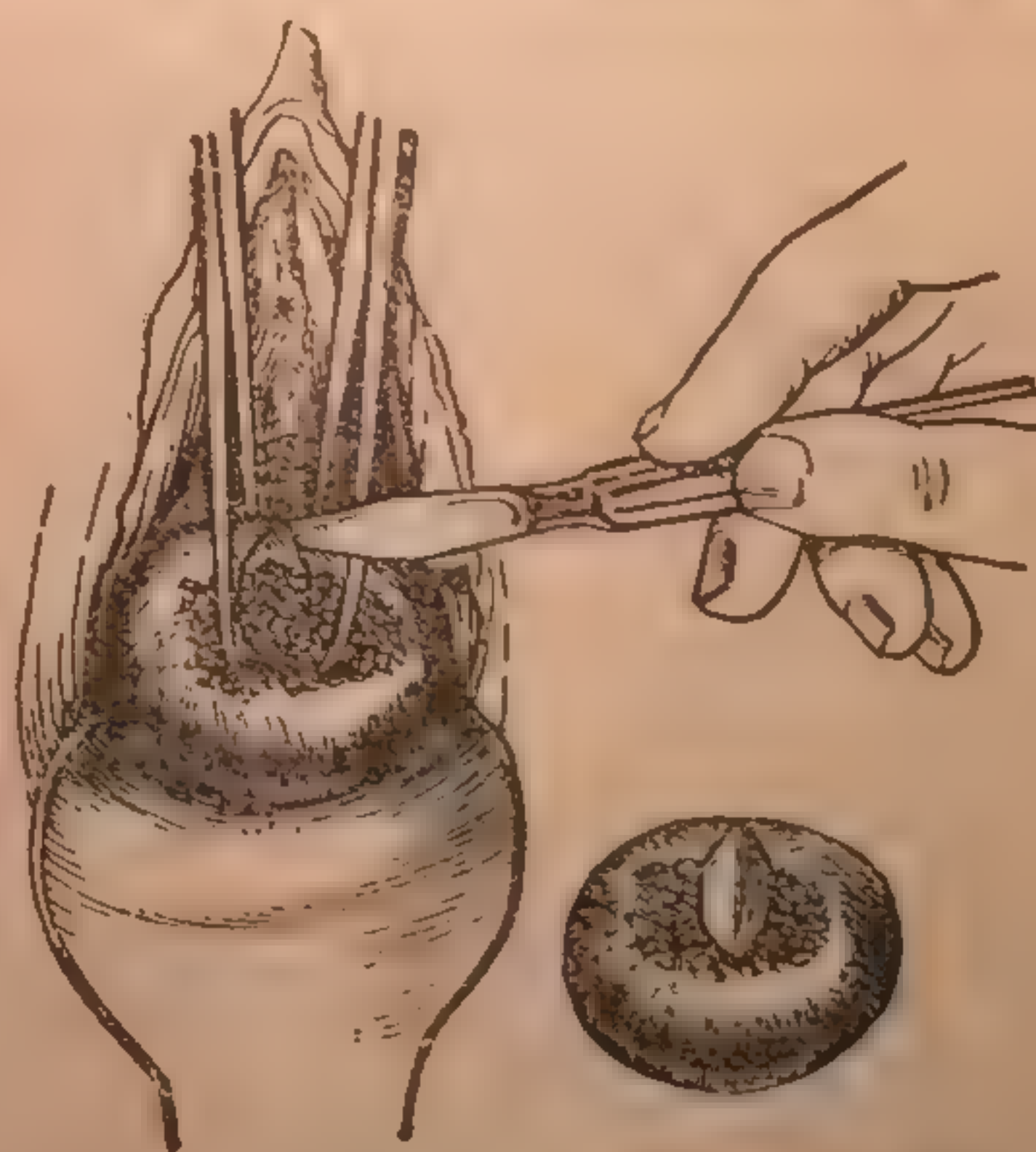


Рис. 28. Вырезывание клиновидного кусочка ткани из эрозии маточной губы (по Н. Л. Брауде).

щипцами, низводят и дезинфицируют. После расширения шейечного канала расширителями до № 9 острой маленькой кюреткой производят выскабливание эндометрия, а в соответствующих случаях эндоцервикса, по возможности со всей его поверхности, особенно с участков, где определяют мягкость или неровность. Выкабливание производят только в стационарных условиях.

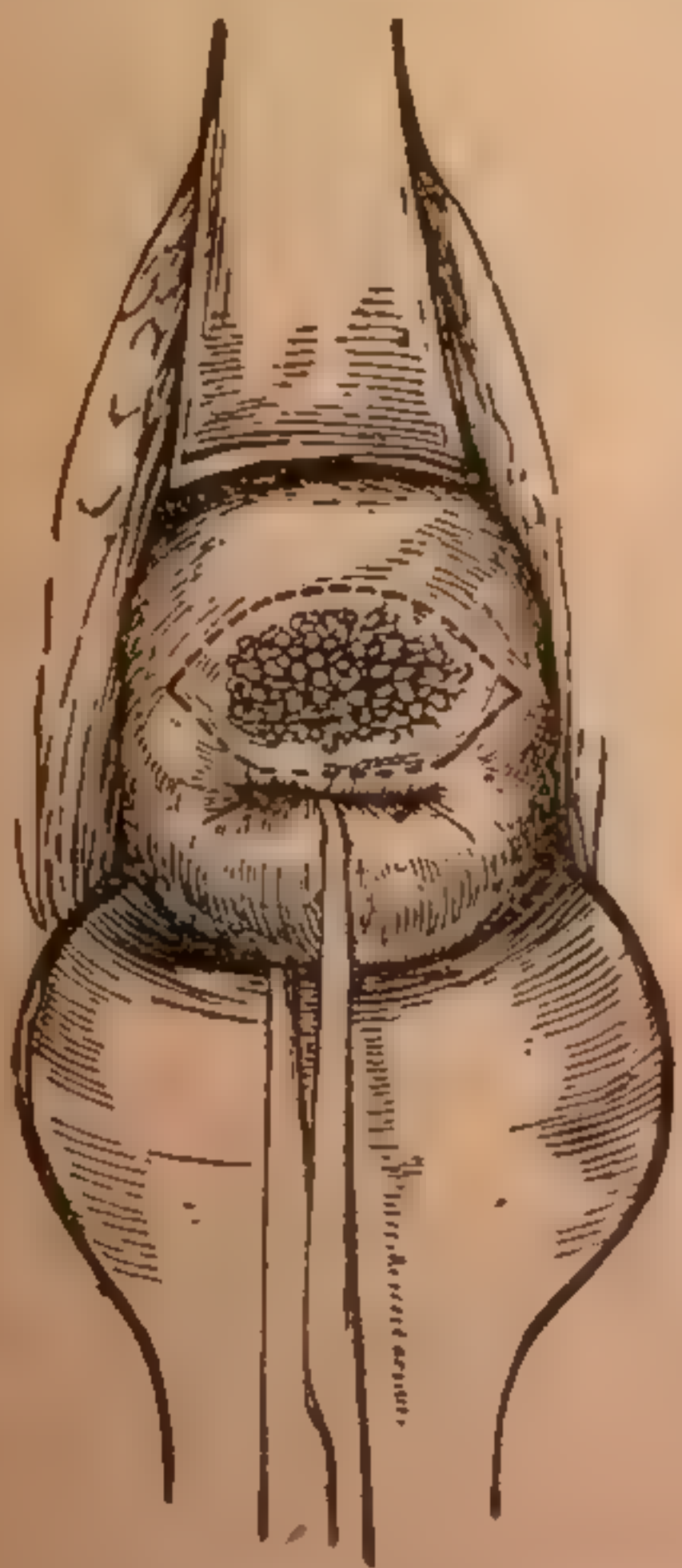


Рис. 29. Иссечение эрозии вместе со здоровыми краями (по И. Л. Брауде).

Полученный материал (иссеченный кусочек, соскоб) немедленно погружают в 10% раствор формалина, после чего отправляют в гистологическую лабораторию, сопровождая детальной документацией. В сопроводительном документе необходимо указать следующее: 1) из какого учреждения и отделения направлен материал, 2) фамилию, имя, отчество больной, 3) возраст, 4) откуда получен кусочек, 5) клинический диагноз, 6) дату получения материала.

В тех случаях, когда осмотр шейки матки при помощи зеркал не выявляет ничего подозрительного, но анамнез и клинические явления все же вызывают подозрения на рак, следует произвести глубокую биопсию. Если раковая опухоль расположена высоко, пальпация может не обнаружить в матке никакого затвердения. В этих случаях показано выскабливание слизистой шейечного канала с последующим гистологическим исследованием соскоба.

6. Из инструментальных методов исследования зарекомендовала себя кольпоскопия—осмотр влагалищной части шейки матки и влагалища через систему увеличительных стекол и при специальном освещении с помощью кольпоскопа (рис. 33). При этом можно легко обнаружить различные нарушения целостности покровных тканей. Техника осмотра кольпоскопом очень проста.

Мы рекомендуем никогда не ограничиваться одним только из перечисленных методов исследования, а пользоваться всеми ими, тем более что это возможно сделать

одновременно. Биопсия является заключительным звеном при проведении лабораторных исследований.

Все изложенное относилось главным образом к ранней диагностике рака шейки матки.

Ранняя диагностика рака тела матки гораздо сложнее и труднее. Весьма подозрительны на рак следующие симптомы: увеличение тела матки по сравнению с тем, что ожидается найти в данном состоянии больной (возраст, климактерий), необычная гипертрофия шейки

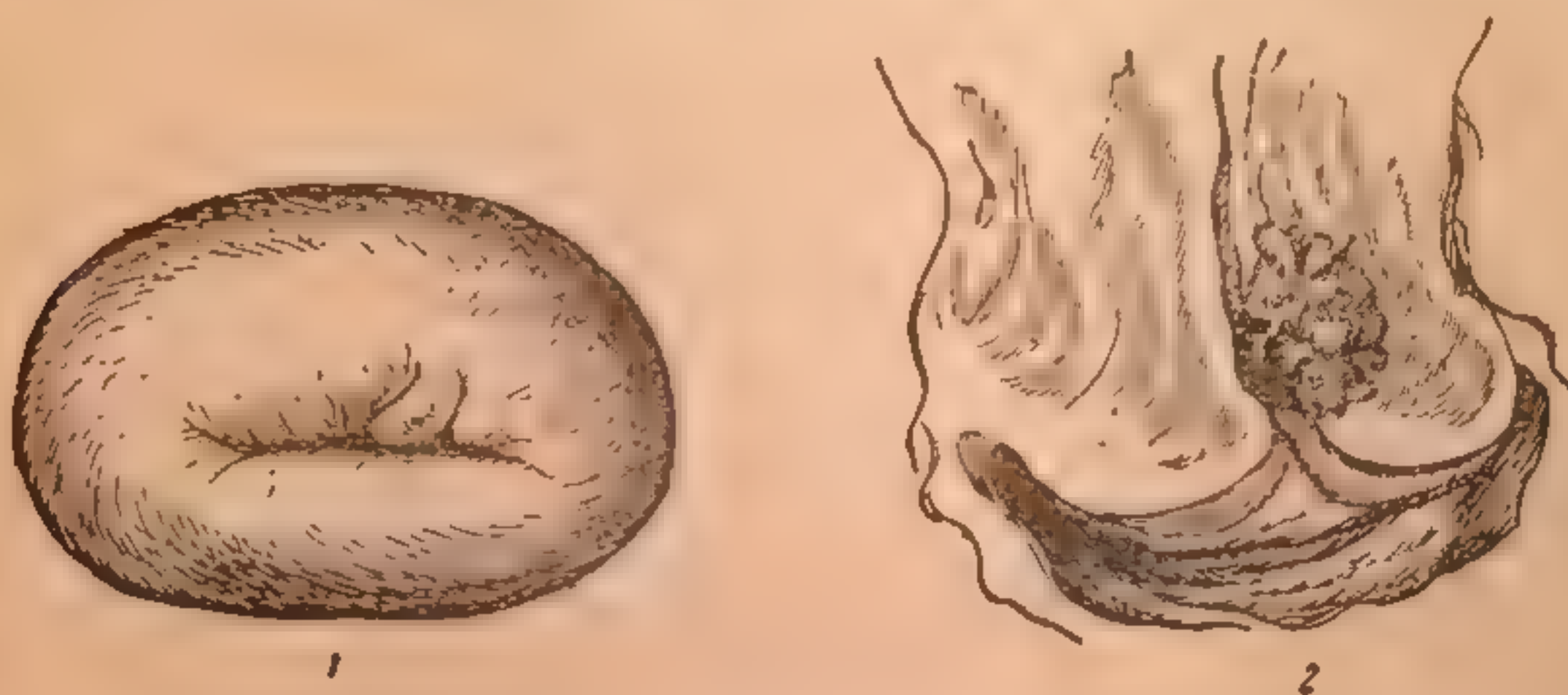


Рис. 30. Начинающийся рак шейечного канала.

1 — вид влагалищной части шейки снаружи; 2 — сагиттальный разрез шейки.

матки при наличии уже наступившей менопаузы, асимметрия тела матки, ее шарообразная форма, размягчение. Очень характерно появление кровянистых выделений из полости матки при массировании, а также, по Сиредею, — при перегибе тела матки под острым углом по отношению к шейке, наличие зловонных выделений с примесью крови, кровотечения различного характера, особенно в межменструальном периоде и после менопаузы, белей.

При подозрении на рак тела матки должно быть немедленно предпринято тщательное диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба. В дифференциально-диагностическом отношении следует иметь в виду наличие распадающейся подслизистой миомы и довольно редко встречающийся туберкулез полости матки. И в том, и в другом, случае вопрос решает гистологическое исследование соскоба, полученного при выскабливании полости матки, а при подозрении на туберкулез — наличие, кроме того, туберкулезных поражений других отделов полового канала и других органов, например, легких.

Диагностика так называемых предопухолевых состояний

При изучении методики ранней диагностики рака шейки и тела матки естественно встает вопрос о диагностике так называемых предопухолевых состояний, т. е.

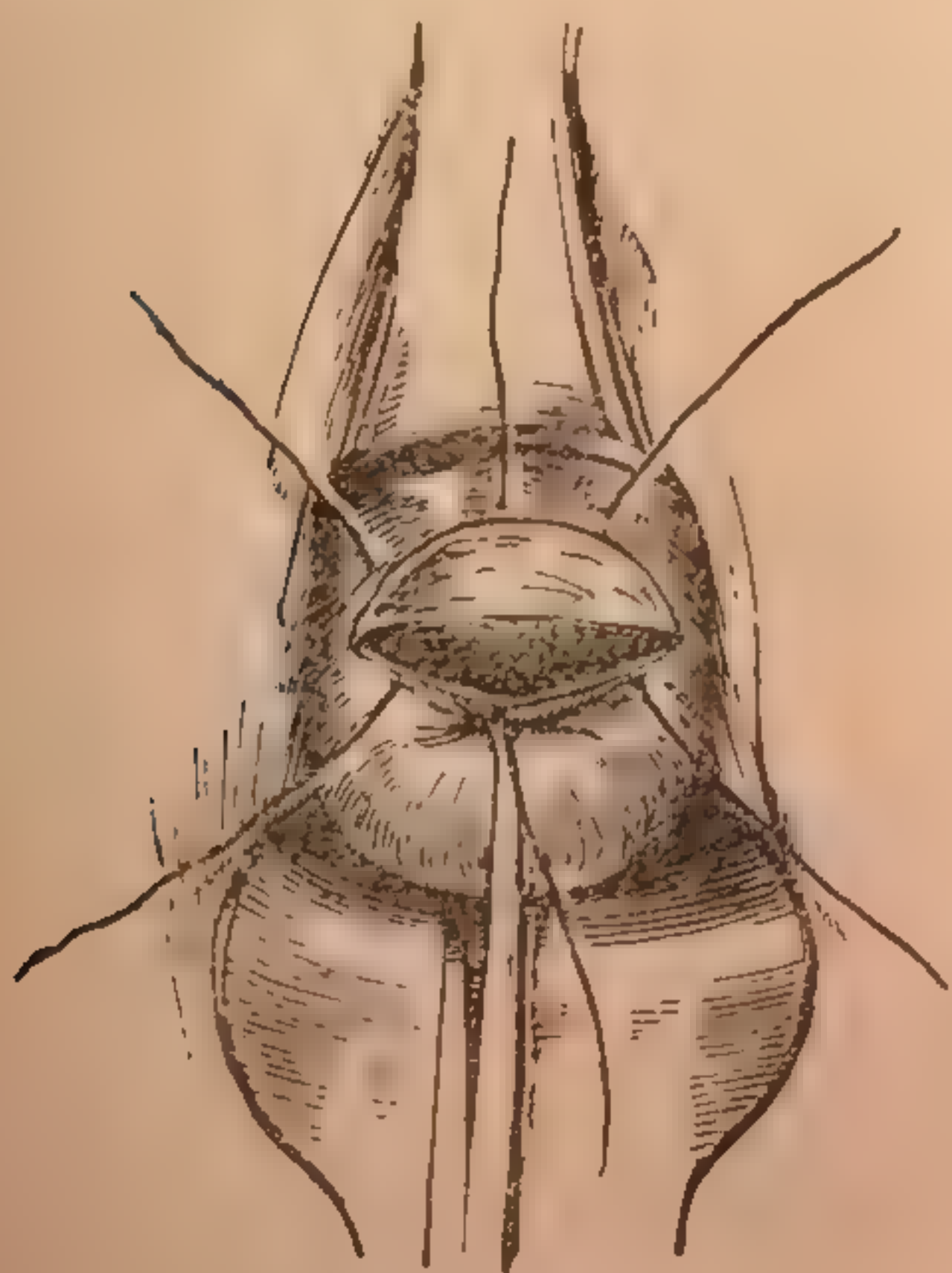


Рис. 31. Наложение лигатур после иссечения участка ткани шейки (по И. Л. Брауде).

таких состояний, когда раковый процесс еще не развился, но в организме существуют условия, создающие благоприятную для этого почву.

Н. Н. Аничков полагает, что при всех видах рака, возникающих под влиянием хронических раздражений, непременно имеется одна промежуточная стадия между нормальной и опухолевой клеткой. Это — стадия предопухолевого состояния. Однако нужен еще какой-то внешний и внутренний раздражитель, чтобы произошел тот «скачок» (К. П. Улезко-Строганова), после которого появляются раковые клетки с совершенно новыми свойствами (Н. Н. Петров).

Большой интерес в этом отношении представляют исследования М. К. Петровой, которой удалось показать влияние экспериментальных невродов и хронических перенапряжений нервной системы на возникновение опухолей, в том числе и злокачественных.

Подозрительными на рак являются женщины, у которых остаются безуспешными лечебные мероприятия, принятые в целях ликвидации подозрительных на рак патологических процессов, у которых обнаружены морфологические изменения в кусочках тканей, взятых при биопсии, как-то: железисто-мышечная гиперплазия шейки матки, язвы, рубцы, уплотнения на шейке и т. п., особенно если они увеличиваются, края их твердеют, а язва распадается. Подозрение должно вызывать обнаружение лейкоплакии и крауроза вульвы.

Существенное значение в развитии рака имеют стойкие хронические воспалительные заболевания матки, незащищенные разрывы шейки матки, ациклические маточные кровотечения, особенно у больных в возрасте старше 35 лет, фибромиомы матки. Все эти состояния требуют прежде всего точной диагностики и систематического лечения. Если лечение не дает результата, врач обязан направить больную для лечения или в крайнем случае на консультацию к специалисту-гинекологу. Требуют внимания и культы шейки после надвлагалищной ампутации матки, которые также могут явиться местом развития ракового процесса.

В ряде случаев практическому врачу приходится оказывать неотложную помощь больным раком матки, в основном при кровотечениях.

В запущенных случаях рака шейки матки кровотечение возникает в связи с распадом опухоли. Тугая тампонада влагалища в таких случаях нежелательна, так как она задерживает во влагалище ихорозный распад, богатый патогенными и высоковирулентными микробами, в частности, гемолитическим стрептококком. При тампонаде создается опасность распространения септической инфекции и ее генерализации.

Неотложная помощь в таких случаях может быть ограничена надлежащей обработкой шейки матки. Под глубоким наркозом с соблюдением всех правил асептики и антисептики острой кюреткой соскабливают распадающиеся ткани опухоли, которую затем подвергают электрокоагуляции, а там, где это невыполнимо, — прижиганию аппаратом Пакелена или просто каленым железом. При этом следует принимать все меры к предотвращению ожогов влагалища. В таких случаях следует пользоваться деревянным трубчатым зеркалом, а не металлическим или стеклянным, которые легко нагреваются. Выжигать распавшиеся опухоли следует вплоть до их обугливания, что



Рис. 32. Кусачки, рекомендованные В. С. Груздевым для биопсии из шейки матки.

ведет к прекращению кровотечения. В образовавшийся кратер вводят иодоформную марлевую полоску или полоску марли, пропитанной 10% стрептоцидовой эмульсией, которой, кроме того, выполняют и влагалище.

У нескольких больных нам удавалось остановить кровотечение прижиганием распадающейся опухоли 1% раствором полуторахлористого железа, что приводило к образованию хорошо выраженного струпа и остановке кровотечения. После кратковременного, около 1 минуты, прижигания кратера влагалище тампонировали на 4—6 часов иодоформной марлевой полоской. Когда кровотечение остановлено, показаны повторные переливания крови, хлористый кальций, а во избежание инфекции — пенициллино- и сульфамидотерапия, сердечные и витамины.

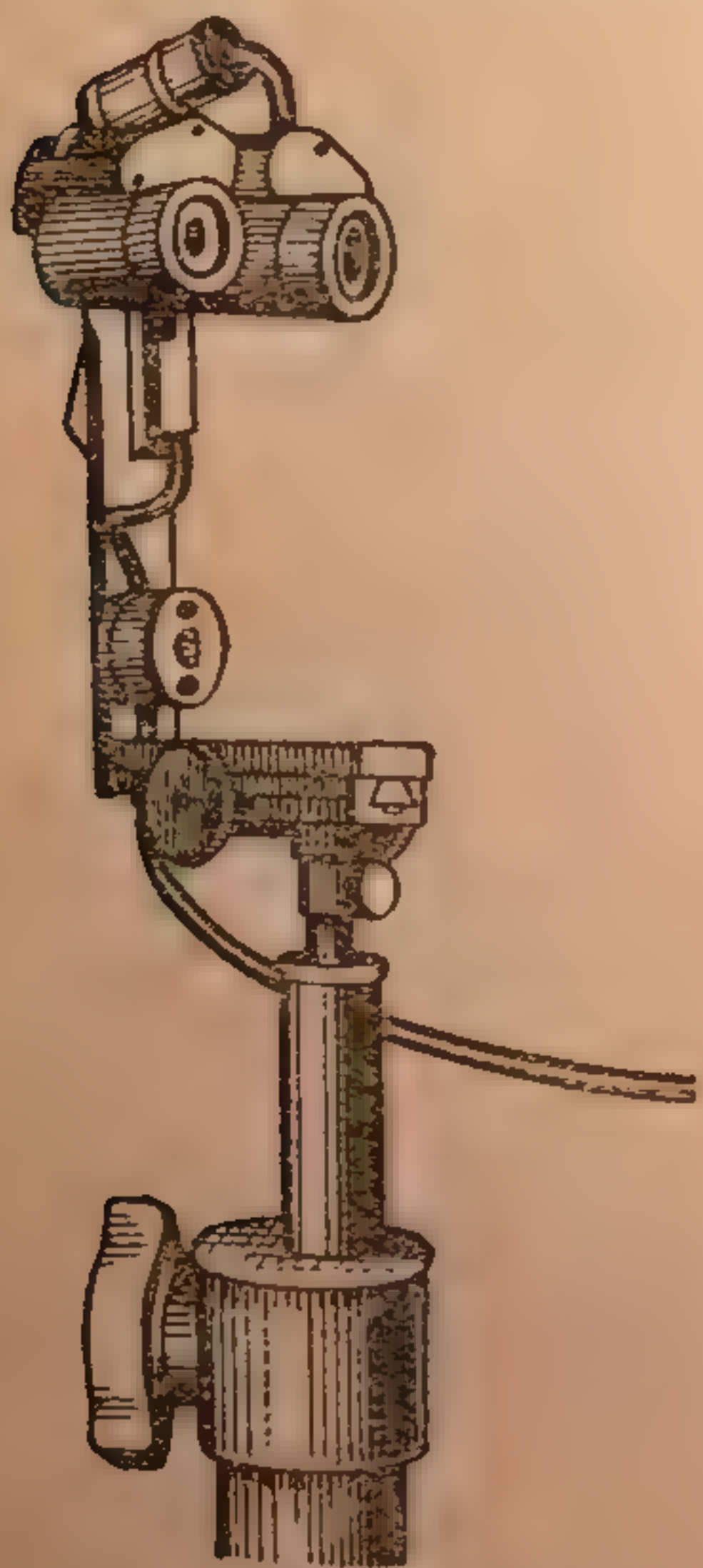


Рис. 33. Кольпоскоп.

При раке тела матки кровянистые выделения, иногда довольно обильные, носят постоянный характер или часто рецидивируют, усиливаясь под влиянием физических напряжений. Иногда кровотечения прекращаются вследствие того, что отторгшаяся часть некротизирующейся опухоли закрыла шейку матки. Образуется гемато- или пиометра, сопровождающаяся лихорадочным состоянием, увеличением матки, болями. В более молодом возрасте отмечается усиление менструальных выделений, которые не прекращаются даже в межменструальном периоде.

Для оказания должной неотложной помощи следует прежде всего установить диагноз. При раке тела матки, как уже было сказано, это не всегда легко сделать, пользуясь обычными методами исследования, поэтому должно быть срочно произведено осторожное выскабливание полости матки и тщательное гистологическое исследование полученного соскоба. Противопоказанием к выскаблива-

Жордания И. С.
гигиенической раб-
Всечено-медиче-
Жордания И.
ров женщин в
сти (в частно-
1947, № 4
Дурье А. Ю.
Медгиз. УСС
Дурье А. Ю.
вой сферы.
Нудольская
Медгиз. 194
Серебров А.
Сыроватко
шейки мат-
щи, Акуш

нию могут служить явления острого и подострого воспалительного процесса в половых органах.

До получения гистологического исследования рекомендуется произвести переливание крови и проводить общеукрепляющее лечение.

ЛИТЕРАТУРА

- Жорданиа И. Ф., Об участии гинекологов в санитарно-эпидемиологической разведке в действующих частях Советской Армии, Военно-медицинский журнал, 1945, № 4—5.
- Жорданиа И. Ф., Методика массовых профилактических осмотров женщин в целях выявления гинекологической заболеваемости (в частности, раком матки), Акушерство и гинекология, 1947, № 4.
- Лурье А. Ю., Профилактика, клиника и терапия рака матки, Медгиз, УССР, 1947.
- Лурье А. Ю., Первые итоги борьбы против рака женской половой сферы, Акушерство и гинекология, 1947, № 4.
- Нудольская О. Е., Предраковое состояние шейки и тела матки, Медгиз, 1947.
- Серебров А. И., Рак шейки матки, Изд. АМН СССР, 1947.
- Сыроватко Ф. А. и Баярова А. С., Раннее выявление рака шейки матки путем массовых профилактических осмотров женщин, Акушерство и гинекология, 1948, № 4.
-

Глава IV

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Как уже указывалось в предисловии, в настоящей главе будут даны лишь основные сведения по оказанию неотложной помощи гинекологическим больным. Поэтому здесь не приведено ни систематического изложения диагностики и клиники того или иного заболевания, ни современных методов их лечения. Излагается лишь то, что необходимо знать практическому врачу или врачу-специалисту-гинекологу для быстрого диагноза и принятия необходимых мер врачебной помощи на месте или своевременного направления больной в лечебное учреждение.

А. «Острый живот»

Внематочная беременность

Из различных вариантов внематочной беременности в громадном большинстве случаев наблюдается локализация ее в трубе. Прогрессирующую, еще не нарушившуюся трубную беременность распознать очень трудно. В большинстве случаев врачу приходится иметь дело с уже нарушившейся трубной беременностью — разрывом трубы (наружный разрыв плодовместилища) или трубным выкидышем (внутренний разрыв плодовместилища).

Из анамнеза выясняется, что заболеванию предшествовала задержка менструации; выражены и некоторые субъективные признаки беременности. Затем внезапно, среди полного здоровья, возникли схваткообразные боли в одной из подвздошных областей, после чего началась тошнота или рвота, больной стало дурно или даже наступил обморок. Вскоре после этого появляются из матки незначительные («мажущиеся») кровяные выделения.

При осмотре больной в остро протекающих случаях бросаются в глаза явления малокровия и шока: бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный пот, частый или замедленный малый пульс. Живот умеренно вздут, болезнен при осторожной пальпации и перкуссии; симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Перкуссия выявляет наличие в брюшной полости свободной жидкости: притупление на отлогих местах живота в положении больной на спине, проясняющееся при перемещении ее на бок; характерно также притупление над лоном. При двуручном гинекологическом исследовании обнаруживают обычно незначительные темные кровяные выделения из влагалища. Преддверие влагалища имеет синюшную окраску. Матка незначительно увеличена и размягчена. В одном из боковых сводов удается определить неясную, тестоватую болезненную резистентность. Задний свод укорочен, уплощен и даже выпячен; при недавно происшедшем значительном кровотечении пальцы внутренней руки определяют зыбление в своде. Нередко удается прощупать и утолщенную пульсирующую трубу.

В случаях разрыва трубы, когда внезапно начавшееся кровотечение в брюшную полость бывает особенно сильным, диагностика нетрудна. Ясна и необходимость немедленного чревосечения. Заболевание начинается внезапно, имеются признаки беременности. Боли обычно резкие, схваткообразные, отдают в плечо, лопатки, шею. Иногда появляется рвота. Живот слегка вздут, на отлогих его местах перкуторно определяется притупление. Имеются признаки раздражения брюшины. Температура нормальная или субфебрильная. Кожные покровы и слизистые оболочки бледны; губы, ногти синюшны; склеры слегка желтушны. Выделения из половых органов темные, коричневатые, скудные, «мажутся» (в первые часы после разрыва трубы кровяных выделений из влагалища обычно не бывает). Матка несколько увеличена, отечна, подвижна, смещение ее в стороны почти безболезненно. Опухоль, как правило, односторонняя, чаще всего колбасовидная, с неясными контурами. Боковой и задний свод часто уплощены или даже выпуклы, как бы нависают; иногда в них удается определить флюктуацию в результате свежего и обильного кровотечения. При старой замочной гематоме получается ощущение хруста снега и прощупывается неясная резистентность. С одной стороны от матки опреде-

ляют увеличенные, болезненные пульсирующие придатки. При пункции заднего свода получают кровь. Имеются явления острого малокровия, шока. Реакция оседания эритроцитов не ускорена или лишь незначительно ускорена. Количество лейкоцитов, вязкость крови в пределах нормы; уменьшен процент гемоглобина и количество эритроцитов. Реакция Ашгейм-Цондека положительная, однако ответ получается не ранее как через 3 дня, вследствие чего в неотложных случаях она непригодна. Но такая типичная картина наблюдается далеко не всегда. Если кровоизлияние в брюшную полость происходит медленно, незначительными порциями, и образуется заматочная или околотрубная опухоль, как это обычно имеет место при трубном выкидыше, течение болезни может быть совершенно иным.

Атипичным может оказаться прежде всего анамнез, так как больная иногда не обращает внимание на задержку месячных, а иногда задержки может и не быть. Так, например, бывает при самых ранних сроках внематочной беременности, когда время очередных месячных еще не наступило. Субъективные признаки беременности также могут отсутствовать, так как они, как известно, не всегда бывают выраженными. Некоторое увеличение и размягчение матки, увеличение и болезненность придатков, укорочение заднего свода, скудные кровяные выделения из половых органов, выделение молозива или молока из молочных желез объясняют иногда другими патологическими состояниями, о которых речь будет ниже.

В подобных случаях диагностика внематочной беременности сложна. К счастью, случаи с постепенным внутренним кровотечением протекают большей частью латентно, что делает возможным сравнительно длительное наблюдение за больной — в течение нескольких дней, а иногда и недель, но всегда обязательно в стационаре.

Диагноз прервавшейся трубной беременности ставят на основании двух основных фактов: наличия беременности и внутрибрюшного кровотечения. Это определяют по следующим признакам: задержка месячных, появление вслед за этим темных, кровяных необильных «мажущихся» выделений из влагалища, цианоз преддверия влагалища, самого влагалища и шейки матки; хотя бы незначительное увеличение и размягчение матки; наличие в брюшной полости свободной жидкости (крови),

определяемой преимущественно методами перкуссии и пальпации.

При отсутствии у врача полной уверенности в правильности диагноза ценную услугу окажет ему пробная пункция заднего свода (см. главу I). Однако нельзя забывать, что отрицательный результат пункции не может абсолютно указывать на отсутствие внутрибрюшного кровотечения, так как даже при несомненном наличии крови в маточном пространстве она может не попасть в шприц, если, например, игла попала в мышечный слой матки. Однако и при отсутствии крови в брюшной полости кровь все же может быть набрана в шприц, если кончик иглы случайно проник или в маточный сосуд, находящийся в толще стенки матки, или в полость ретрофлексированной матки, в которой находилась кровь при неполном выкидыше или во время менструации. В большинстве случаев пробная пункция дает возможность поставить правильный диагноз.

В целях уточнения диагноза могут быть использованы и некоторые из известных многочисленных признаков, имеющих второстепенное значение. В нашей клинике мы пользуемся следующими из них: 1) феноменом, известным под названием «френикус-симптом» — появление боли в области плеча, лопатки или в межлопаточной области при раздражении диафрагмального нерва. Боль эта при внутрибрюшном кровотечении зависит от раздражения кровью диафрагмального нерва (n. phrenicus); 2) феноменом, известным под названием «крик Дугласа» — резкая болезненность заднего свода при его исследовании пальцем и 3) феноменом Ландау — резкая болезненность, появляющаяся при введении пальцев исследующей руки во влагалище, еще до их прикосновения к шейке матки и к влагалищным сводам.

Ввиду большого разнообразия клинического течения нарушенной внематочной беременности дифференциальная диагностика приобретает исключительное значение. Уточнение диагноза во всех таких случаях необходимо еще и потому, что внематочная беременность, сама по себе требующая неотложного вмешательства, дифференцируется от таких опасных состояний, как острый аппендицит, непроходимость кишечника и т. п., при которых от правильного распознавания и своевременно принятого вмешательства зависит жизнь больной.

Для более быстрой ориентировки И. Л. Брауде рекомендует пользоваться следующими дифференциально-диагностическими сравнительными таблицами.

Внематочная беременность	Маточная беременность
<ol style="list-style-type: none"> 1. Болезненность в области прямокишечно-маточного углубления в случаях образования заматочной кровяной опухоли при исследовании через задний влагалищный свод весьма значительна. 2. При ректальном исследовании место отхождения маточно-крестцовых связок от матки лежит низко. Над лоном наружная рука определяет тело матки. 3. Затрудненное мочеиспускание возникает редко и в более поздние сроки внематочной беременности (после V месяца). 4. Интенсивные припадки болей и кровянистые выделения наблюдаются в момент нарушения трубной беременности, т. е. уже в первые недели беременности. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тело беременной матки, лежащее в прямокишечно-маточном углублении (при неинфицированном выкидыше), безболезненно при исследовании со стороны заднего влагалищного свода. 2. При ректальном исследовании место отхождения от матки маточно-крестцовых связок лежит выше. Над шейкой, там, где должно быть тело матки, ничего не прощупывается. 3. Затрудненное мочеиспускание, например, при ретродевиации, появляется на III—IV месяце беременности. 4. Кровянистые выделения бывают редко, если наблюдаются, то гораздо позднее. Боли либо отсутствуют, либо выражены слабо. Из жалоб на первом месте стоят дизурические явления.
Трубный выкидыш	Хроническое воспаление придатков
<ol style="list-style-type: none"> 1. Матка немного увеличена и размягчена. 2. При трубном выкидыше опухоль часто расположена в ампулярной или истмической части трубы (разрыв беременной трубы чаще происходит при имплантации яйца в истмической, чем в ампулярной части); вследствие этого в месте ее отхождения от матки иногда не обнаруживается утолщение; если же оно имеется, то болезненно при пальпации. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Матка если и увеличена, то все же имеет плотную консистенцию. 2. Воспалительная опухоль придатков широко отходит от угла матки, образуя с нею нередко как бы одно целое. Место отхождения трубы от матки утолщено и болезненно при пальпации.

Трубный выкидыш	Хроническое воспаление придатков
<p>3. При трубном выкидыше яичник нередко определяется отдельно от опухоли.</p> <p>4. Подвижность матки обычно сохранена.</p>	<p>3. При воспалительной опухоли придатков яичник отдельно не определяется.</p> <p>4. Подвижность матки ограничена или она неподвижна вследствие наличия обширных спаек.</p>

Трубный выкидыш	Маточный выкидыш
<p>1. Увеличенная матка имеет грушевидную форму, но увеличение ее не вполне соответствует сроку задержки менструации.</p> <p>2. Незначительное наружное кровотечение, часто в виде коричневатой «мазни», обычно начинается после приступов болей.</p> <p>3. Степень малокровия не соответствует количеству теряемой наружу крови.</p> <p>4. Боли локализуются преимущественно в одной из паховых областей и имеют вначале тянущий, а затем и схваткообразный характер.</p> <p>5. Нередко наблюдается отхождение децидуальной оболочки целиком или в виде мелких обрывков. Если выделившуюся ткань рассматривать в стакане воды на свет, то характерных тонких, колеблющихся в воде ворсинок не видно.</p> <p>6. Нарушение трубной беременности начинается большей частью между 4-й и 6-й недель.</p> <p>7. Наружный зев открыт.</p> <p>8. При введении больших доз препаратов спорыньи кровотечение не прекращается.</p>	<p>1. Матка, увеличенная соответственно сроку задержки менструации, имеет шарообразную форму; при шейном выкидыше шейка матки принимает форму баллона, а тело матки сидит на ней в виде небольшого колпачка.</p> <p>2. Довольно обильное наружное кровотечение, нередко ярко-красного цвета, часто со сгустками, возникает до появления болей.</p> <p>3. Степень малокровия соответствует количеству теряемой наружу крови.</p> <p>4. Боли имеют схваткообразный характер и ощущаются главным образом внизу живота, посредине и в крестце.</p> <p>5. Наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых простым глазом, когда отошедшую ткань рассматривают на свет в стакане с водой.</p> <p>6. Спонтанное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8-й и 12-й недель).</p> <p>7. Наружный зев приоткрыт.</p> <p>8. Кровотечение временно прекращается или уменьшается.</p>

Необходимо также провести дифференциальную диагностику между следующими заболеваниями:

- а) Между аппендицитом и внематочной беременностью. При аппендиците отсутствуют признаки беременности, если одновременно с аппендицитом нет беременности. Отсутствуют также и кровяные выделения из половых органов, если только осмотр производится не во время менструаций. Имеются тошнота и рвота. Температура высокая. Больная часто возбуждена. Выражены явления раздражения брюшины, особенно в области Мак Бурнея (напряжение мышц, болезненность живота при пальпации и перкуссии, положительный симптом Щеткина-Блюмберга). Кожные покровы имеют нормальную окраску. Матка не увеличена и не размягчена, своды свободны. При пальпации живота и при двуручном исследовании обнаруживается инфильтрат и болезненность в области Мак Бурнея, а не придатков матки. Исследование через прямую кишку выражен слабо. Болезненность при пальпации дна дугласова кармана, приподнимание же шейки матки безболезненно (симптом Промптова). При пункции заднего свода крови не получается. Анализ крови показывает резкое ускорение реакции оседания эритроцитов, лейкоцитоз до 12 000—15 000 и выше.

При внематочной беременности матка увеличена, задний свод уплощен или выпячен, болезнен, имеет тестоватую консистенцию, симптом Промптова отрицателен или выражен слабо. Болезненность при пальпации дна дугласова кармана отсутствует или незначительна, поднимание же матки пальцем, подведенным и установленным под влагалищную часть шейки матки, резко болезненно. Реакция оседания эритроцитов не ускорена или ускорена незначительно. При пункции заднего свода обычно получается кровь.

- б) Между пищевой интоксикацией и внематочной беременностью. Первая отличается и по анамнезу, и по объективным данным. Общим для обоих заболеваний является коллаптоидное состояние, боли в животе и рвота, что и порождает диагностические ошибки. Однако рвота при пищевой интоксикации наблюдается почти непрерывно, в то время как при нарушенной внематочной беременности она возникает периодически — при попадании в брюшную полость новых порций крови.

Для установления правильного диагноза необходимо

при обнаружении пищевой интоксикации у молодых женщин подумать о возможности внематочной беременности. Уже одно это может избавить врача от ошибочного диагноза, а следовательно, и от назначения неправильного лечения. В сомнительных случаях пробная пункция окажет ему неоценимую услугу.

в) Между заворотом кишок во время беременности и разрывом беременной трубы. Оба состояния имеют много сходных признаков, делающих дифференциальную диагностику очень трудной. При том и другом состоянии показано немедленное чревосечение, во время которого обычно и устанавливается диагноз.

г) Между апоплексией яичника (разрыв зрелого фолликула или желтого тела с кровоизлиянием в брюшную полость). Апоплексия яичника дает клиническую картину, сходную с прервавшейся внематочной беременностью. В дифференциально-диагностическом отношении имеют значение анамнестические данные и биологические реакции на беременность. При внематочной беременности имеются задержка менструаций, субъективные признаки беременности, положительные результаты биологических реакций на беременность (Ашгейм-Цондека, Алпатова, Фридмана). При апоплексии яичника явления внутрибрюшного кровотечения возникают в предполагаемый день разрыва зрелого фолликула или на несколько дней позже; нет задержки менструаций и субъективных признаков беременности; биологические реакции на беременность отрицательны.

При значительном кровотечении в брюшную полость, независимо от того, происходит ли оно в результате апоплексии яичника или от прервавшейся внематочной беременности, возникают явления «острого живота», требующие безотлагательного чревосечения и в том, и в другом случае. Осмотр яичников и труб, произведенный после вскрытия брюшной полости, позволяет точно установить диагноз.

При других заболеваниях, симулирующих внематочную беременность, например, при геморрагической метропатии, мочеочниковой колике и других, в целях уточнения диагноза необходимо наблюдение за больной в стационаре в течение нескольких дней. Если же тяжесть состояния больной требует безотлагательного вмешательства, показано пробное чревосечение.

Последнее следует производить и во всех других трудных в диагностическом отношении случаях, когда, несмотря на тщательное и полное исследование больной, врач не в состоянии ни подтвердить, ни исключить наличие внутрибрюшного кровотечения.

Л е ч е н и е при внематочной беременности только оперативное. Иногда возникает сомнение в возможности немедленного чревосечения ввиду крайне тяжелого состояния больной; это обычно имеет место при свежих разрывах плодовместилища и бывает связано с обильным внутренним кровотечением. Однако попытка вывести больную из тяжелого состояния консервативными методами и лишь после этого оперировать почти всегда является ошибкой и приводит к дальнейшему ухудшению ее состояния. Опыт показывает, что единственным надежным средством спасти при этих условиях больную является немедленное переливание крови, безотлагательное удаление источника кровотечения — беременной трубы — и надежный гемостаз.

Поэтому назначение всякого рода сердечных средств вместо немедленной операции опасно не только потому, что заставляет терять драгоценное время, но главным образом потому, что сердечные средства, примененные при непереязанных еще кровоточащих сосудах, лишь усиливают кровотечение и ухудшают и без того тяжелое состояние больной. В течение того непродолжительного времени, которое необходимо для подготовки к операции, больной следует впрыснуть под кожу 1 мл 2% раствора пантопона, подложить под голову теплую грелку и приступить к переливанию совместимой донорской крови. При особо тяжелом состоянии больной, при наличии шока внутривенному переливанию крови должно предшествовать внутриартериальное нагнетание 150—180 мл крови по В. А. Неговскому. Общее количество перелитой крови зависит от состояния больной и количества потерянной ею крови.

Инъекции пантопона или морфина можно производить лишь при твердо установленном диагнозе внематочной беременности. В противном случае назначение этих средств нецелесообразно, так как действие названных наркотиков затушевывает клиническую картину болезни, что затрудняет постановку диагноза.

Если почему-либо переливание крови оказывается невозможным, например, при отсутствии донорской крови,

то производят переливание кровозамещающих жидкостей. Однако к этому можно приступить лишь после того, как брюшная полость вскрыта и на пораженную трубу наложены клеммы, т. е. когда уже достигнут надежный гемостаз. Переливание кровозамещающей жидкости до этого является серьезной ошибкой, так как приводит обычно лишь к вымыванию из сосудистого русла оставшейся в нем крови и ухудшает состояние больной.

Операцию по поводу внематочной беременности мы всегда производим под эфирным наркозом, применяя продольный срединный разрез, который требует меньше времени и обеспечивает большую свободу действий хирурга, что очень важно в интересах быстрого выполнения операции.

Не обращая внимания на часто большое количество крови в брюшной полости, следует быстро найти рукой и захватить матку; выведя ее в операционную рану, легко обнаружить источник кровотечения, которым является та или другая труба. Немедленно захватывают прочными зажимами мезосальпикс вдоль трубы. Это прекращает приток крови из трубной ветви яичниковой артерии. Второй зажим накладывают на маточный конец трубы. Концы наложенных зажимов должны сходиться в одной точке (рис. 34). При этом зажимается и второй источник кровоснабжения трубы — трубная ветвь маточной артерии.

Начиная с этого момента, кровопотеря прекращается. Наступила пора немедленно дать больной сердечные средства, произвести инъекцию камфоры, кардиозола, повторно перелить возмещающую дозу крови. Трубу удаляют между зажимами. На культи мезосальпикса накладывают гемостатическую кетгутовую лигатуру с обкалыванием. Интерстициальную часть трубы иссекают клиновидно из угла матки во избежание ее инфицирования и возникновения в ней в дальнейшем воспалительного процесса. Образовавшуюся на месте иссечения рану закрывают прочной крестовидной кетгутовой лигатурой, после чего кровотечение из нее прекращается. Перитонизируют обычно за счет круглых маточных связок. После этого тщательно осматривают вторую трубу и решают, оставить ли ее или удалить. Об этом приходится подумать потому, что вторая труба нередко (по данным нашей клиники, в 10,4%) в дальнейшем оказывается

источником возникновения повторной внематочной беременности.

Вторую трубу мы обычно оставляем, если только она не изменена воспалительным или каким-нибудь другим патологическим процессом настолько резко, что нет уверенности в проходимости ее просвета. У многодетных женщин, находящихся в возрасте, близком к климактерию,

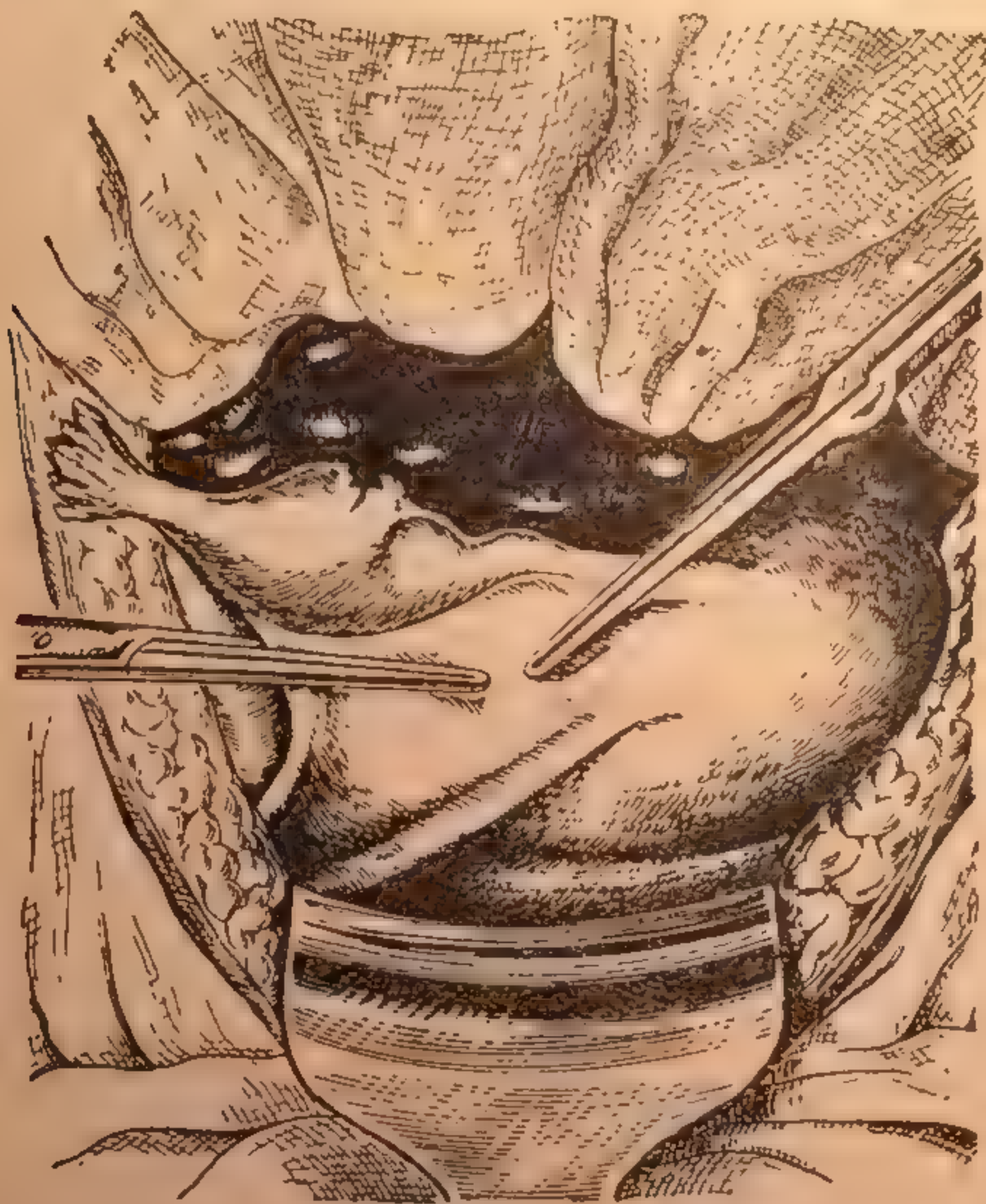


Рис. 34. Мезосальпикс захвачен двумя зажимами.

показания к удалению второй трубы ставят шире: удаляют трубу, окруженную воспалительными спайками, несущую признаки недоразвития (удлинение, истончение, чрезмерная извилистость и пр.).

В таких случаях необходимо предварительно получить согласие больной, которой до операции разъясняют степень опасности повторной внематочной беременности в случае оставления второй трубы.

Вопрос о том, как поступить с кровью, накопившейся в брюшной полости, до сих пор решается еще различно. Мы предпочитаем удалять по возможности полностью и жидкую кровь, и сгустки во избежание осложнений в после-

операционном периоде (инфекция) и развития в дальнейшем обширных сращений, вызывающих тягостные симптомы.

В послеоперационном периоде уход, наблюдение, лечение и режим проводятся по общим правилам.

Перекручивание ножки опухоли яичника

Перекручивание ножки является одним из самых частых тяжелых осложнений при опухолях яичника. В нашей клинике на 306 больных с опухолью яичника перекручивание ножки наблюдалось у 37, т. е. у 12% (Т. А. Капонерова).

При медленном перекручивании ножки кровоснабжение опухоли не нарушается резко, вследствие чего симптомы этого осложнения бывают выражены слабо. При внезапном же перекручивании ножки симптомы его выявляются быстро, очень бурны и имеют тенденцию к нарастанию. В таких случаях это серьезное осложнение развивается в следующем порядке.

После какого-нибудь физического напряжения, а иногда и без этого появляются острые боли в животе. У больной развивается состояние шока: учащается пульс, появляется тошнота, рвота, выступает холодный пот, вздувается живот, возникают явления перитонизма, т. е. раздражения брюшины (*irritatio peritonei*). При одновременном перекручивании ножки и кровоизлиянии в ткань опухоли появляются, кроме того, признаки нарастающего малокровия; частый и нитевидный пульс, бледность покровов, цианоз губ и ногтей. Если больную оставить в таком состоянии без помощи, может возникнуть диффузный перитонит вследствие инфицирования некротизировавшейся опухоли кишечной палочкой или другими микробами. Кроме того, ядовитые продукты распада белков, всосавшись брюшиной, могут вызвать острый нефрит, паралитический заворот кишок и другие смертельные заболевания.

Хотя такой печальный исход наблюдается далеко не во всех случаях перекручивания яичниковой опухоли, тем не менее каждое подобное осложнение следует рассматривать как тяжелое и оно должно побудить врача к оказанию неотложной хирургической помощи.

Диагноз не труден ввиду быстро развивающейся картины «острого живота», особенно, когда больной или врачу известно о наличии подвижной опухоли яичника, выходящей из малого таза. Диагноз даже в начальных стадиях ставят на основании острого начала заболевания, напряжения живота и резкой болезненности его при перкуссии и пальпации, особенно в области локализации патологического процесса. Пальпаторно, кроме того, удастся определить контуры опухоли, которая при кровоизлиянии быстро увеличивается в объеме. Двуручное исследование даже при обычном в таких случаях напряжении брюшной стенки позволяет определить нижний полюс яичниковой опухоли. Чем больше времени прошло от начала заболевания, тем труднее контурировать опухоль, в связи с чем возможны диагностические ошибки. Поэтому вопросы дифференциальной диагностики имеют в таких случаях весьма большое значение.

Клиническая картина, сходная с симптомами перекручивания ножки опухоли, может наблюдаться при ряде патологических состояний. К ним относятся: внематочная беременность, кровотечения из яичника (апоплексия яичника), воспалительные заболевания придатков матки (перекрутившийся гидросальпинкс, пиоварий), перекрутившийся субсерозный фиброматозный узел матки, заворот кишок, аппендицит, прободная язва двенадцатиперстной кишки, прободная язва желудка, вскрывшийся в брюшную полость гнойник при пиосальпинксе, пиоварии, параметральном абсцессе и др.

Однако во всех таких случаях недопустимы длительные дифференциально-диагностические размышления. Уже перечень заболеваний, которые дают симптомы, сходные с перекручиванием ножки опухоли, показывает, что во всех этих случаях необходимо неотложное чревосечение, которое не только определит сущность происшедшей в брюшной полости катастрофы, но и даст возможность спасти больную.

К дифференциально-диагностическим ошибкам может также повести ущемление грыжи и почечная или печеночная колика. Поэтому в целях исключения ущемления грыжи необходимо тщательно исследовать все возможные грыжевые ворота: паховые, бедренные, пупочные, белую линию и послеоперационные рубцы (Ф. Е. Петербургский). Приступы почечной или печеночной колики

обычно кратковременны. Они исчезают через несколько часов после появления, в то время как боли при перекрутившейся ножке кисты непрерывно усиливаются вследствие раздражения брюшины (М. С. Малиновский). Кроме того, при почечной колике симптом Пастернацкого в соответствующей поясничной области бывает положительным. После приступа почечной колики в первой порции мочи обычно обнаруживаются выщелоченные эритроциты.

Лечение оперативное. Возникает вопрос: оперировать ли больную сразу, как только поставлен диагноз, или, принимая во внимание ее тяжелое состояние, выждать некоторое время для того, чтобы она вышла из шока или даже стихли перитонеальные явления.

В настоящее время большинство клиницистов придерживается мнения о необходимости немедленного оперативного вмешательства. В руководимой нами клинике мы в течение многих лет оперируем больных как можно скорее, после того как установлен диагноз. Мы повседневно убеждаемся в правильности такой тактики — тяжелое до операции состояние больной быстро улучшается после хирургического вмешательства. Выгода немедленной операции заключается и в том, что при раннем вмешательстве она технически легче выполняема, так как к этому времени еще не успевают образоваться плотные спайки с соседними органами, что в свою очередь улучшает прогноз послеоперационного течения.

Принимая во внимание возможность спаек и дифференциально-диагностических ошибок, оперировать больных с явлениями перекручивания ножки, даже при небольших размерах опухоли, следует только путем брюшностеночного чревосечения.

Наркоз в таких случаях мы предпочитаем ингаляционный, эфирный. Разрез делаем продольный по срединной линии между лоном и пупком. Длина разреза определяется величиной опухоли.

Во избежание попадания микробов из инфицированной опухоли органы малого таза отгораживают от брюшной полости салфетками. Пилящими движениями руки опухоль освобождают от спаек, если они успели образоваться, и выводят наружу. Для удобства на угол матки, соответствующий опухоли, накладывают длинный прямой зажим с таким расчетом, чтобы он захватил трубу и соб-

ственную яичниковую связку у самого ребра матки. Наложенный таким образом зажим служит рукояткой, которой можно держать матку. Одновременно с этим он является и гемостатической контраклеммой. Вслед за этим приступают к удалению опухоли, не раскручивая предварительно ее ножки во избежание эмболии, возникающей от попадания в круг кровообращения тромба, отрывающегося от вены ножки опухоли при ее раскручивании. Такая эмболия представляет собой тяжелое осложнение и может привести к внезапной смерти больной.

Если опухоль имеет тонкую длинную ножку, крепкий зажим накладывают через всю ножку и отскают опухоль. Чтобы лигатура не соскользнула, культю обкалывают крепкой кетгутовой ниткой и перевязывают ниже зажима. После этого культю тщательно осматривают, чтобы убедиться в отсутствии кровотечения из нее. Если обнаружено хотя бы незначительное кровотечение, накладывают дополнительные лигатуры.

При наличии широкой ножки накладывают три клеммы отдельно на каждое из следующих образований, входящих в состав ножки: на воронко-тазовую связку, на собственную яичниковую связку и на трубу. Перитонизацию обычно производят за счет круглой связки. После этого осматривают и второй яичник и если обнаруживают в нем элементы опухоли, его тоже удаляют.

В детородном возрасте, если опухоль яичника не внушает сомнений в отношении злокачественности, мы производим резекцию опухоли в пределах здоровой части ткани. Оставшийся хотя бы незначительный кусочек яичника сохраняет эндокринную функцию этого важнейшего для женщины органа. Получившуюся при резекции рану обшивают тонким непрерывным кетгутовым швом.

При наличии хотя и односторонней, но злокачественной опухоли яичника следует во избежание рецидива произвести полную экстирпацию матки с удалением обоих яичников и труб, не считаясь с возрастом больной.

Перед закрытием брюшной полости в последнюю вливают раствор пенициллина в количестве 300 000—500 000 единиц.

Если явления острого живота стихли или начинают стихать и происходит отграничение органов малого таза от остальной части брюшной полости (отграниченный пельвеооперитонит), а общее состояние больной заметно

улучшилось, необходимость в немедленной операции отпадает. В таких случаях назначают антибиотики и проводят терапию по тем же принципам, как и при острых и подострых воспалительных процессах в органах малого таза (см. главу II). Удаление опухоли яичника производят в таких случаях позже, когда острые и подострые процессы в брюшной полости надежно устранены и состояние больной значительно улучшилось.

Перитонит

Перитонит в клинике заболеваний женских половых органов встречается сравнительно редко. Обычно он возникает либо вследствие прорыва осумкованного гнояника в свободную брюшную полость, либо как послеоперационное осложнение («хирургический перитонит»).

Симптомы диффузного перитонита весьма разнообразны и довольно многочисленны. Та или другая тяжесть течения заболевания, т. е. клиническая картина, определяется рядом факторов, среди которых особое значение имеют реактивные, защитные свойства организма, состояние тканей в области очага первичного поражения, характеристика микробов, вызвавших эту реакцию (вид и штамм микроба, его токсичность, вирулентность и т. п.).

При всем разнообразии симптомов диффузного перитонита могут быть выделены некоторые из них характерные, наблюдающиеся в большинстве случаев. К ним относятся: общее недомогание, угнетенное или, наоборот, возбужденное состояние больной, рвота, заостренные черты лица, высокая температура, частый и легко сжимаемый пульс, сухой язык, задержка стула и газов, вздутие и напряжение живота вследствие атонии кишечника. Впоследствии имеет место частый, жидкий и зловонный стул, спавшийся живот, резкая болезненность живота, положительный симптом Блюмберга-Щеткина, резкая болезненность по всему животу при осторожной его перкуссии; частое и поверхностное дыхание без участия в нем живота; в крови эритропения, низкий процент гемоглобина, нейтрофильный гиперлейкоцитоз, анэозинофилия, моноцитопения; из крови высеиваются микробы-возбудители (перитонеальная септицемия). Влагалищное исследование обычно не обнаруживает в таких случаях новых существенных признаков. В заключительной стадии заболевания темпера-

тура падает до нормы и ниже, пульс же учащается, становится нитевидным, аритмичным, артериальное давление неуклонно падает.

Лечение оперативное; оно дает шансы на успех лишь в тех случаях, когда защитные силы организма больной еще хорошо выражены и когда операцию принимают в первые часы после того, как развился диффузный перитонит. Операцию производят под местной инфильтрационной анестезией или под легким эфирным наркозом. Разрез срединный, послойный, ниже пупка. По вскрытии брюшной полости по возможности удаляют все жидкое ее содержимое. Если состояние больной позволяет, удаляют источник инфекции (трубы, яичники, матку); в противном случае ограничиваются дренированием брюшной полости. Для этого во влагалище вводят длинный изогнутый корнцанг, сомкнутый конец которого надавливает на задний свод. Благодаря этому оператору становится виден участок дугласова кармана, подлежащий разрезу, чтобы образовать отверстие для дренажа. Ассистент раздвигает концы корнцанга, оператор же рассекает растянутые между ними ткани дна дугласова кармана и заднего свода влагалища. Концами корнцанга захватывают марлевую полоску-дренаж, пропитанную раствором пенициллина, и ее конец выводят во влагалище и несколько наружу. В брюшную полость вливают раствор пенициллина (800 000—1 млн. единиц), а при колибациллярной инфекции — раствор стрептомицина (1 г). Брюшную полость закрывают наглухо.

Марлевый выпускник начинают постепенно вытягивать, начиная со 2—3-го дня. Одновременно проводят и консервативную терапию: инъекции антибиотиков и сердечных средств, переливание крови, лучше всего капельным методом, внутривенное вливание 30—50 мл 40% раствора глюкозы, подкожные инъекции 500 мл 5% раствора глюкозы в физиологическом растворе, промывание желудка и пр. Больную укладывают в кровать с приподнятой верхней частью туловища, чтобы обеспечить сток гноя через дренажное отверстие во влагалище.

Отказ от хирургического лечения, попытки лечить перитонит консервативно ведут, как правило, к печальному исходу.

Большое внимание следует уделить послеоперационному уходу. Особенно показана борьба с атонией кишечника

путем введения обильного количества жидкости, в том числе видовой неспецифической сыворотки Н. Г. Беленького, повторных переливаний крови.

Гнойные скопления в малом тазу

К этой группе заболеваний относятся скопления гноя в заматочном пространстве (*pyocele retrouterina*), в полости трубы (*pyosalpinx*), яичнике (*pyovarium*), клетчатке, окружающей матку (*parametritis purulenta*), или во всей клетчатке малого таза (*pelveocellulitis purulenta*) или даже всего таза — как малого, так и большого (*phlegmona pelvis*).

Необходимость неотложной помощи диктуется опасностью прорыва гноя в брюшную полость, развития диффузного перитонита и тяжелой общей интоксикации. Но если даже этого тяжелейшего осложнения не наступает и гной пробивается в соседние полые органы (мочевой пузырь, кишечник), то и при таком сравнительно благоприятном исходе нагноительного процесса в малом тазу нередко возникает пиэлоцистит или повторное инфицирование полости гнойника кишечной палочкой. В результате может наступить септикопиемия, истощение организма рецидивирующим абсцессом и другие осложнения, нередко влекущие за собой смерть больной.

В главе II изложены вопросы этиологии, патогенеза, клиники и диагностики ряда патологических процессов, связанных со скоплением гноя в малом тазу. Поэтому в дальнейшем мы будем касаться лишь образа действия врача в целях оказания неотложной помощи при каждом из важнейших вариантов этих опасных состояний.

Пиосальпинкс (*pyosalpinx*), гнойное воспаление трубы, обычно протекает на фоне пельвеоперитонита, сочетающегося с параметритом. Тазовая брюшина при этом настолько хорошо отгораживает в большинстве случаев гнойный очаг от остальной части брюшины, что опасность диффузного перитонита незначительна. Поэтому такие больные, как правило, подлежат строго консервативному лечению.

Иногда скопление гноя в полости трубы достигает таких размеров, что ее стенка резко перерастягивается и появляется угроза разрыва. Об этом мы узнаем по увеличивающемуся объему пиосальпинкса, по усилению болезненности соответствующей части живота и вообще по

тенденции острого пельвеоперитонита к распространению вверх. При назревающем разрыве пиосальпинкса явления раздражения брюшины настолько усиливаются, что нередко трудно бывает отличить его от диффузного перитонита. В ряде таких случаев при прощупывании через переднюю стенку или влагалище определяется зыбление. Резкая болезненность и напряжение брюшной стенки делают невозможным точное исследование, которое к тому же должно быть очень бережным во избежание разрыва стенки гнойника. При таких быстро нарастающих пиосальпинксах, когда назревает опасность прорыва гноя в брюшную полость и когда все испытанные методы консервативной терапии не приостановили развития гнойника, в любой момент может произойти разрыв его стенки.

Перфорация гнойника может наступить либо самопроизвольно, либо вследствие травмы. Последняя может быть нанесена при недостаточно бережном двуручном исследовании больной. Обычно самопроизвольному разрыву стенки пиосальпинкса предшествует стадия ухудшения общего состояния больной, с усилением перитонеальных явлений — так называемая **преперфоративная стадия**. Симптомы разрыва стенки пиосальпинкса довольно характерны: внезапно появляется острая, режущая боль в животе («кинжальный удар»); нередко больные заявляют, что «в животе что-то лопнуло»; вслед за этим быстро нарастают явления диффузного перитонита.

Пиосальпинкс чаще располагается в заматочном пространстве и одновременно заходит в правую или левую сторону таза в зависимости от того, какая труба поражена. Поэтому пиосальпинкс можно пунктировать со стороны заднего свода.

Пункция пиосальпинкса производится под легким эфирным наркозом, в обычном для влагалищных операций положении больной. Обнажив шейку матки и влагалищные своды зеркалами, обрабатывают операционное поле спиртом и иодом. Захватывают пулевыми щипцами заднюю губу, после чего осторожно приподнимают шейку матки. Через слизистую оболочку, покрывавшую задний свод, вкалывают по средней его линии толстую и длинную иглу, насаженную на шприц. Кончик иглы направляют несколько в сторону, к месту предполагаемого гнойного скопления. Как только в шприце показывается гной, его максимально отсасывают и через ту же иглу

вводят в полость гнойника раствор пенициллина 200 000—300 000 единиц.

В отдельных исключительных случаях, когда пункция гнойника не удастся, а радикальное вмешательство (чревосечение — удаление пиосальпинкса или его дренирование) почему-либо невыполнимо или нежелательно, возникает необходимость в опорожнении гнойника методом кольпотомии. Для этого над местом вкола иглы, не удаляя ее и отступя от шейки матки на 1 см, делают скальпелем продольный или поперечный разрез слизистой влагалища длиной около 2 см. Слизистую оболочку несколько отслаивают в стороны (при поперечном разрезе кпереди и особенно кзади) тупым путем во избежание ранения маточных сосудов и мочеочника и с целью обнажения подслизистого слоя и предохранения от ранения стенки прямой кишки, примыкающей к влагалищу. После этого берут изогнутый корнцанг со слегка заостренной верхушкой и нерезким толчком прокалывают брюшину, выстилающую заматочное пространство, а затем и стенку пиосальпинкса. Прокол производят по ходу иглы, ведущей в полость абсцесса. Из отверстия сразу же появляется гной. Струя гноя усиливается после разведения корнцанга, расширяющего перфорационное отверстие.

Иногда вместо гноя вытекает серозная жидкость. В таких случаях необходимо сравнить полученную жидкость с той, которая находится в шприце. Различие в характере жидкости указывает на то, что корнцанг еще не проник в полость пиосальпинкса и остановился в заматочном пространстве. Вытекающая серозная жидкость свидетельствует о том, что между заматочным пространством и стенкой пиосальпинкса образовалась осумкованная полость, содержащая воспалительный экссудат (serocele).

После того как истечение гноя прекратилось, в полость гнойника вводят штыковидным пинцетом или с помощью корнцанга кончик рыхлой марлевой полоски. Затем в брауновский маточный шприц набирают 500 000—800 000 единиц пенициллина, разведенного в 10—15 мл физиологического раствора, который тут же вводят в полость гнойника. Кончик введенной в нее марлевой полоски должен играть роль пробки, имеющей целью воспрепятствовать вытеканию раствора пенициллина наружу. После введения пенициллина той же марлевой полоской рыхло

дренируют полость абсцесса. Дренаж и введение пенициллина производят каждый день или через день. В результате такого вмешательства состояние больной обычно улучшается.

Большим недостатком метода является то обстоятельство, что края перфорационного отверстия в большинстве случаев довольно скоро эпителизируются, вследствие чего создается свищевой ход между полостью трубы, все время отделяющей гной, и влагалищем. Такие свищи долго не заживают, несмотря на лечение, и изнуряют больных постоянным гноеотделением, длящимся иногда несколько лет. В результате развивается тяжелейшее, угрожающее жизни больной заболевание — амилоидоз, преимущественно селезенки, печени, почек, надпочечников и других органов.

В таких случаях возможен единственный способ лечения — удаление в дальнейшем больной трубы. Поэтому к методу кольпотомии при пиосальпинксе можно прибегать очень редко, лишь в исключительных случаях.

Если пиосальпинкс расположен высоко и к нему нет доступа со стороны влагалищных сводов, но в то же время по жизненным показаниям необходимо дать гною выход наружу, прибегают к чревосечению. К чревосечению прибегают и в тех случаях, когда гной уже прорвался в брюшную полость; в таких случаях чревосечение должно быть произведено как можно раньше.

Техника операции заключается в продольном послойном вскрытии брюшной полости, производимом под местной новокаиновой анестезией. Брюшную полость освобождают от гноя / большими марлевыми шариками и дренируют, как и при операции по поводу диффузного перитонита (см. выше). Если операцию производят в первые часы после разрыва стенки пиосальпинкса и состояние больной позволяет, не следует ограничиваться одним лишь удалением гноя и дренированием брюшной полости, а должна быть удалена и пораженная труба; если же одновременно поражена и матка, притом настолько, что оставить ее рискованно, то удаляют и матку. В таком случае полную экстирпацию матки следует предпочесть надвлагалищной ее ампутации. Вскрытое влагалище не следует зашивать. Оно должно быть использовано как отверстие для выведения из брюшной полости марлевого дренажа — выпускника.

При одновременном поражении труб и яичников удаляют и последние. Однако следует строго придерживаться правил: в детородном возрасте сохранять хотя бы небольшую часть здоровой ткани яичников, чтобы не выключить их эндокринную функцию, играющую важнейшую роль в физиологии организма женщины.

В остальном образ действий врача во время операции и после нее ничем не отличается от проводимого при диффузном перитоните.

При п и о в а р и и (pyovarium) образ действий врача и предпринимаемые вмешательства те же, что и при пиосальпинксе. И здесь основным методом оказания неотложной помощи является пункция полости гнойника с последующим введением в нее пенициллина.

Производят 2—3 пункции. Одновременно с пункцией для удаления гноя должно быть проведено и общее лечение пенициллином (до 800 000 единиц в сутки), сульфаниламидами (5—6 раз в сутки по 1,0), переливанием крови по 150 мл несколько раз. Кроме того, вводят под кожу 5% раствор глюкозы и 40% раствор ее внутривенно, дают витамины, сердечные средства.

Абсцесс заматочного пространства (pyosale retrouterina). Как только этот абсцесс диагностирован и начинает выпячивать задний влагалищный свод, он подлежит вскрытию при помощи кольпотомии. Перед операцией обязательна диагностическая пункция предполагаемого гнойника, чтобы убедиться, что в заматочном пространстве действительно имеется гнойник.

Техника кольпотомии в таких случаях отличается от описанной выше лишь тем, что брюшину вскрывают ножницами и в опорожненную полость дренаж не вводят, а взамен ежедневно или через день производят расширение кольпотомного отверстия корицангом, пока не прекратится гноетечение. В отличие от пиосальпинкса, после затихания острых явлений и прекращения гноеотделения наступает рубцевание кольпотомного отверстия, вследствие чего свищ не образуется (рис. 35 и 36).

Можно также попытаться извлекать гной из абсцесса пункциями с последующим введением пенициллина. Пункции производят ежедневно. Если после 1—2 пункций явного улучшения не отмечается, показана кольпотомия. При влагалищно-прямокишечных исследованиях, прово-

димых раз в 2—3 дня, получают достаточно данных для решения вопроса об эффективности метода.

В послеоперационном периоде обязательно высокое положение верхней части туловища для облегчения стока гноя и проведение тех же общих мероприятий, которые были перечислены выше при описании неотложной помощи, оказываемой больным при пиосальпинксе и пиоварии.

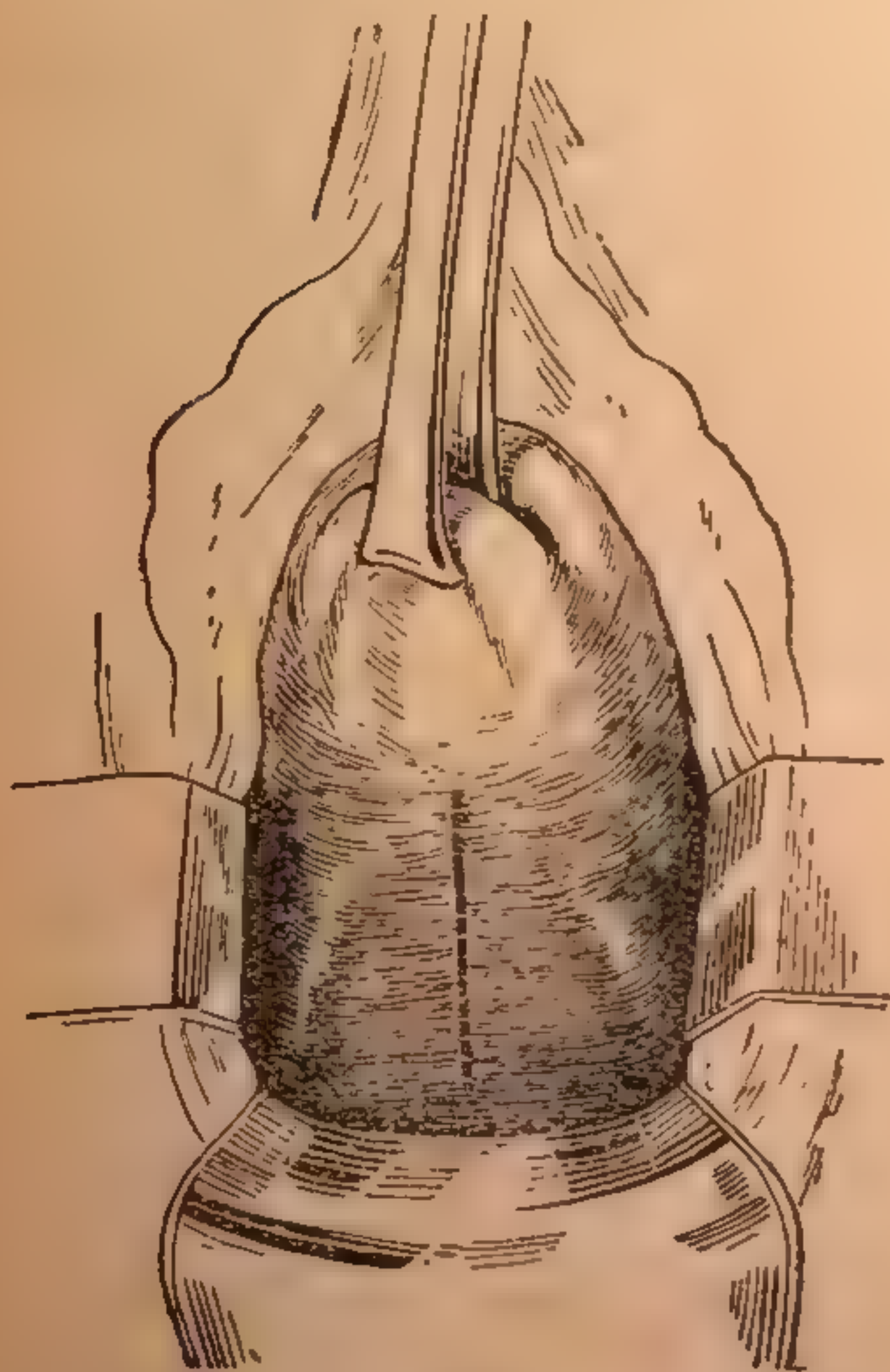


Рис. 35. Задняя кольпотомия. Пунктиром обозначена линия разреза.

Гнойный параметрит (parametritis purulenta), гнойныйпельвеоцеллюлит (pelveo-cellulitis purulenta), флегмона таза (phlegmona pelvis)

Скопления гноя в забрюшинной клетчатке — околоматочной, клетчатке всего малого таза или даже всего таза — лишь условно могут быть отнесены к «острому животу», возникающему как реакция брюшины на такие патологические процессы в полости живота, как воспаление, кровоизлияние, прорыв жидкого содержимого кистом и т. п.

Тем не менее практически оправдывается отнесение забрюшинных скоплений гноя в тазу к группе заболеваний, протекающих при синдроме «острого живота», по следующим соображениям.

1. Забрюшинные скопления гноя в тазу нередко наблюдаются одновременно с воспалением брюшины нижнего отдела живота, развившимся в связи с нагноительными процессами во внутрибрюшинно расположенных органах, например, при пиосальпинксе или пиоварии. Поэтому строгое разграничение друг от друга внебрюшинных и внутрибрюшинных абсцессов часто является невозможным.

2. При остром воспалении тазовой клетчатки, особен-

но при гнойном ее расплавлении, нередко его спутником является реактивное воспаление тех отделов брюшины, под которым образуется гнойник. Поэтому возникающие в связи с этим явления перитонизма подчас делают невозможным отграничить острый пельвеоперитонит от острого пельвеоцеллюлита.

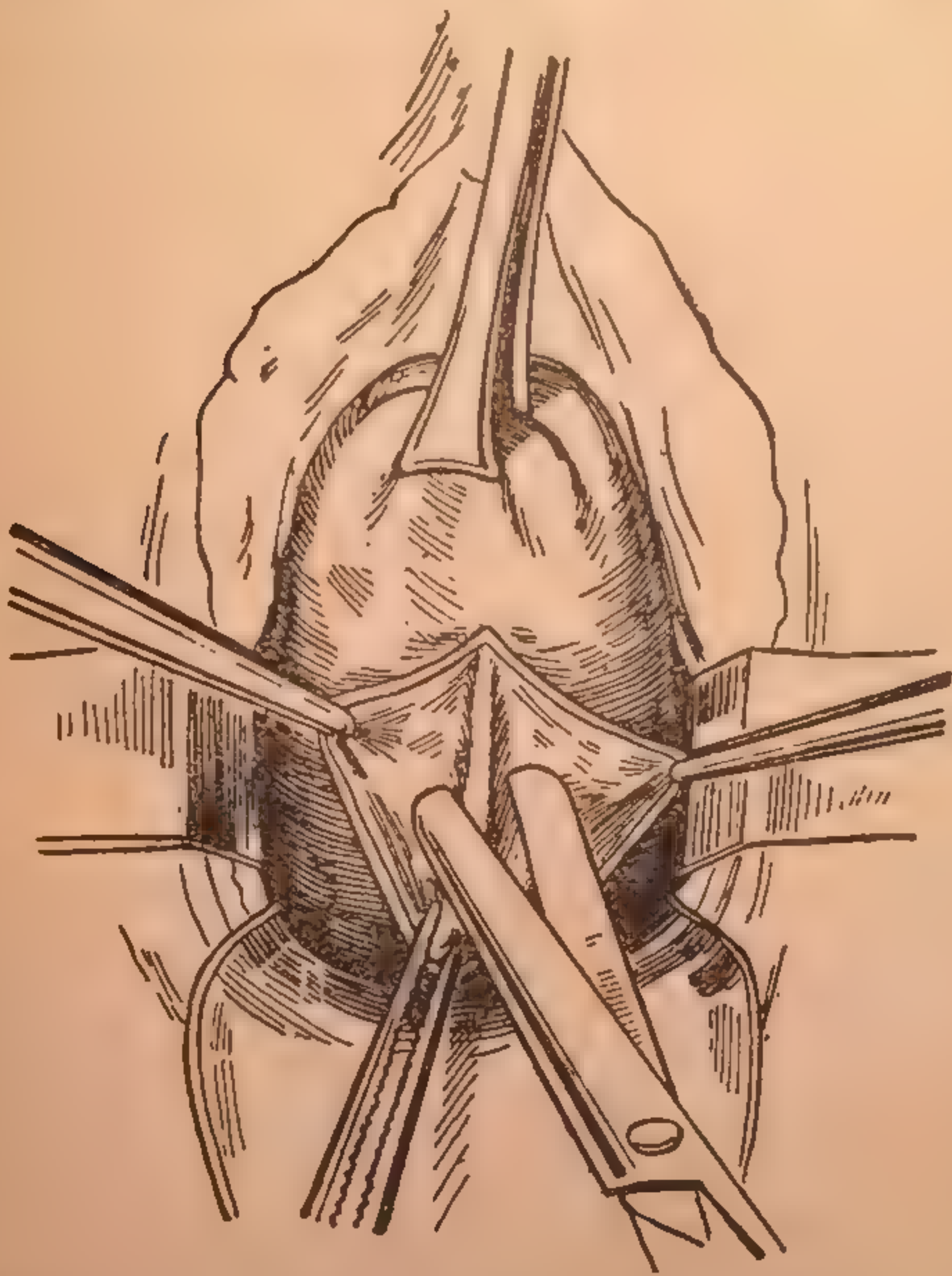


Рис. 36. Задняя кольпотомия. Сделан разрез через стенку влагалища. Края разреза разведены. Пинцетом оттянута складка брюшины заматочного пространства и ножницами вскрыта брюшина.

3. При каждом из этих состояний образ действия врача и характер требующейся неотложной помощи являются идентичными.

Выше указывалось, что скопившийся в забрюшинной клетчатке гной часто прорывается наружу через брюшную стенку над пупартовой связкой. Нередко он прорывается и в соседние полые органы — мочевой пузырь, прямую кишку, влагалище или даже в брюшную полость, а в отдельных случаях — непосредственно в полость матки или

через большое седалищное отверстие под большую ягодичную мышцу, через промежность.

Как только обнаружено зыбление, указывающее на то, что абсцесс созрел, не следует долее выжидать; гноем должен быть дан выход в желательном направлении. Следовательно, всякий распознанный абсцесс должен быть вскрыт.

Вряд ли целесообразны попытки опорожнить гнойник еще до того, как мелкие его очажки слились в одну большую полость. В таких случаях оперативное вмешательство не достигает цели, так как невозможно обнаружить и вскрыть каждый из мелких гнойничков, которые со временем превращаются в объемистые скопления гноя и требуют нового вмешательства. В то же время такие попытки далеко не безопасны, так как для вскрытия гнойника, расположенного глубоко в клетчатке, приходится прибегать к манипуляции в массиве экссудата. Опасность повреждения брюшины, соседних органов, крупных сосудов является при этом вполне реальной. Само собой понятно, к каким серьезным последствиям могут привести такие осложнения.

В зависимости от расположения гнойника он может быть вскрыт со стороны брюшной стенки или через влагалище. В первом случае, когда намечается прорыв гноя над пупартовой связкой, производят операцию, известную под названием *laparotomia externa s. extraperitonealis*.

Для того чтобы хорошо ориентироваться в положении абсцесса, его пунктируют толстой иглой. После получения гноя иглу оставляют в прежнем положении для дальнейшей ориентировки. Гнойник вскрывают, рассекая расположенную над ним кожу, клетчатку и фасции. Чтобы не повредить брюшины, т. е. чтобы произвести операцию экстраперитонеально, кожу рассекают параллельно пупартовой связке на два поперечных пальца выше паховой складки (рис. 37). Нередко при этом появляется кровотечение. Это указывает на то, что перерезана проходящая здесь ветка надчревной артерии. Оба конца этого сосуда должны быть захвачены зажимами и тщательно перевязаны во избежание обильного кровотечения, возникающего иногда в послеоперационном периоде.

Если гнойник пробился через фасцию, то он обнаруживается тотчас по рассечении кожи. В таких случаях,

пройдя пальцем вдоль кости, оператор сразу же попадает в гнойник. Осторожно, чтобы не повредить брюшину, расширив пальцем образовавшееся отверстие, опорожняется

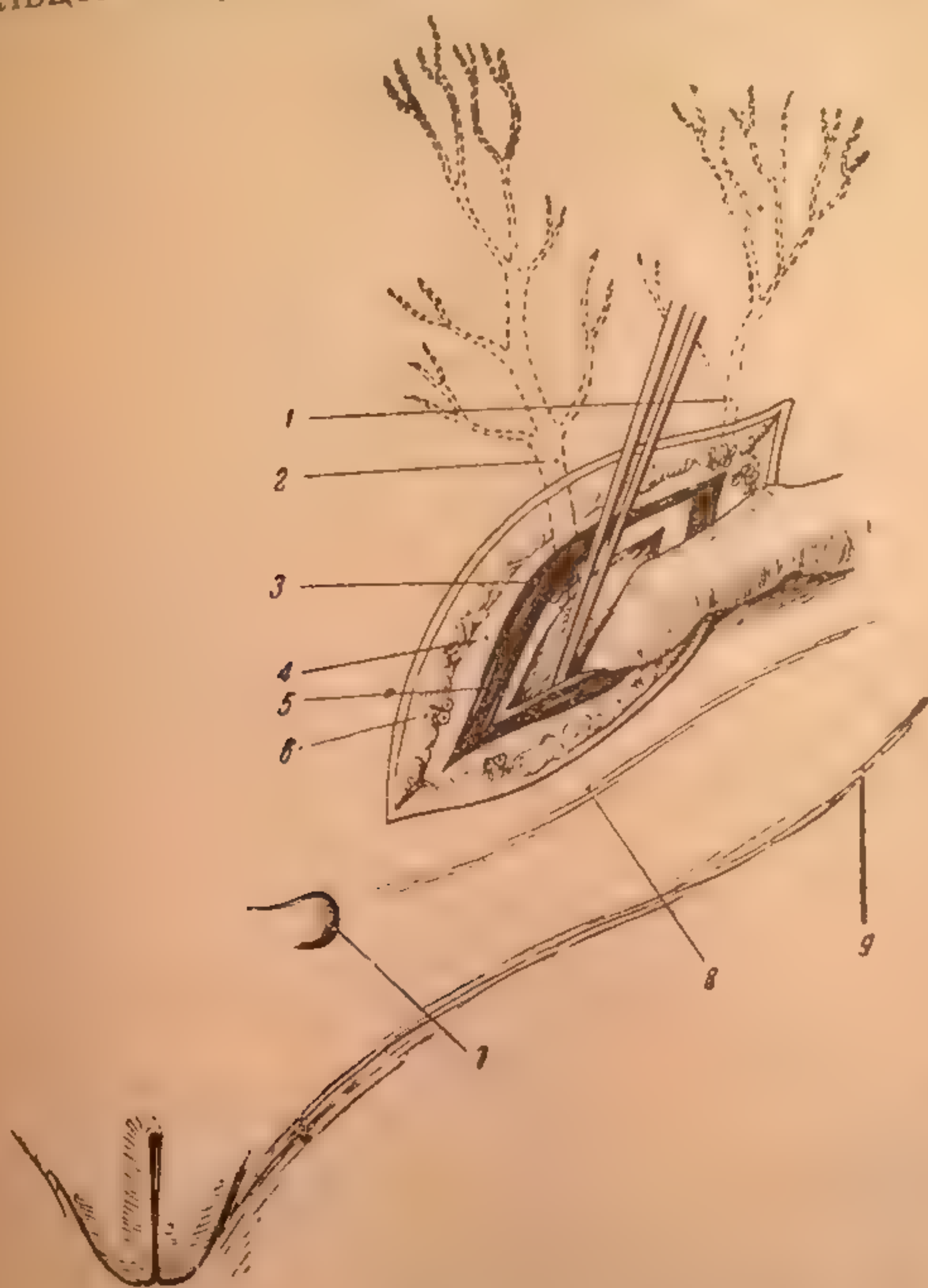


Рис. 37. Наружная лапаротомия. Разрез проведен параллельно пупартовой связке (8) на один палец выше связки или на два пальца выше паховой складки (9) через кожу и подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы (4), внутреннюю косую мышцу (3), поперечную фасцию (5). За время послойного разреза профилактически перевязывают *vasa epigastricae superficialis* (1), *vasa epigastricae inferior* (2), *vasa pudend. ext.* (6). Дальнейший путь к гнойнику прокладывают желобоватым зондом. Зонд должен быть направлен книзу и кзади к заднему краю пупартовой связки и *tuberculum pubis* (7).

гнойная полость и дренируется резиновой трубкой или марлевой полоской, смоченной раствором пенициллина. Дренаж оставляют в ране на 3—4 дня (рис. 38).

Если гнойник расположен глубоко, брюшную стенку рассекают послойно (кожу, клетчатку, фасцию) до предбрюшинной клетчатки. Дальнейшие поиски гнойной полости производятся уже тупым путем — желобоватым зондом или, лучше, пальцем. Следует держаться как можно ближе к подвздошной кости во избежание ранения брюшины, что может повлечь за собой попадание гноя в

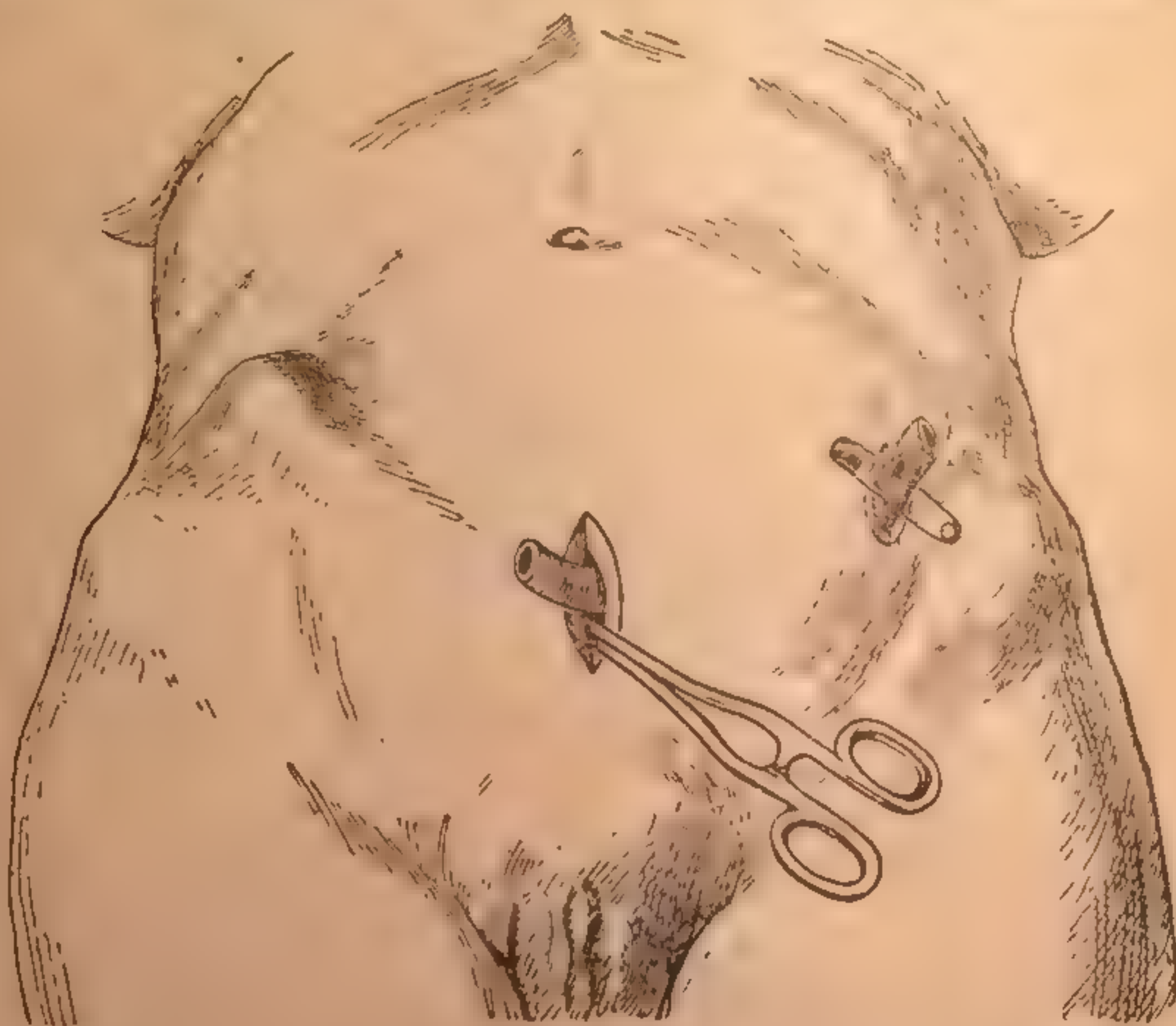


Рис. 38. Дренирование брюшной полости резиновой трубкой. Корнцанг введен в брюшную рану позади передней брюшной стенки и выпячивает ее на место будущего противоотверстия.

брюшную полость с протекающими отсюда тяжелыми последствиями. При педантичном соблюдении всех правил техники операции это серьезнейшее осложнение почти не наблюдается, так как при больших скоплениях гноя в предбрюшинной клетчатке брюшина оттесняется обычно высоко кверху.

В некоторых случаях, когда гнойник простирается до тазового дна, возникает необходимость в создании противоотверстия — контрапертуры. Для этого в полость гнойника вводят пристеночно изогнутый корнцанг, концом которого выпячивают стенку влагалища в одном из боковых или в заднем его своде, в зависимости от расположения гнойника. Целесообразно при этом, чтобы помощник фиксировал протыкаемый свод двумя пальцами.

введенными во влагалище. Проведенным во влагалище
 корнцангом захватывают и подтягивают к брюшной стенке
 толстую резиновую трубку с несколькими боковыми от-
 верстиями. В дальнейшем, по мере уменьшения гнойной
 полости, верхний отдел трубки отрезают, а нижний посте-
 пенно вытягивают из влагалища. При таком ведении

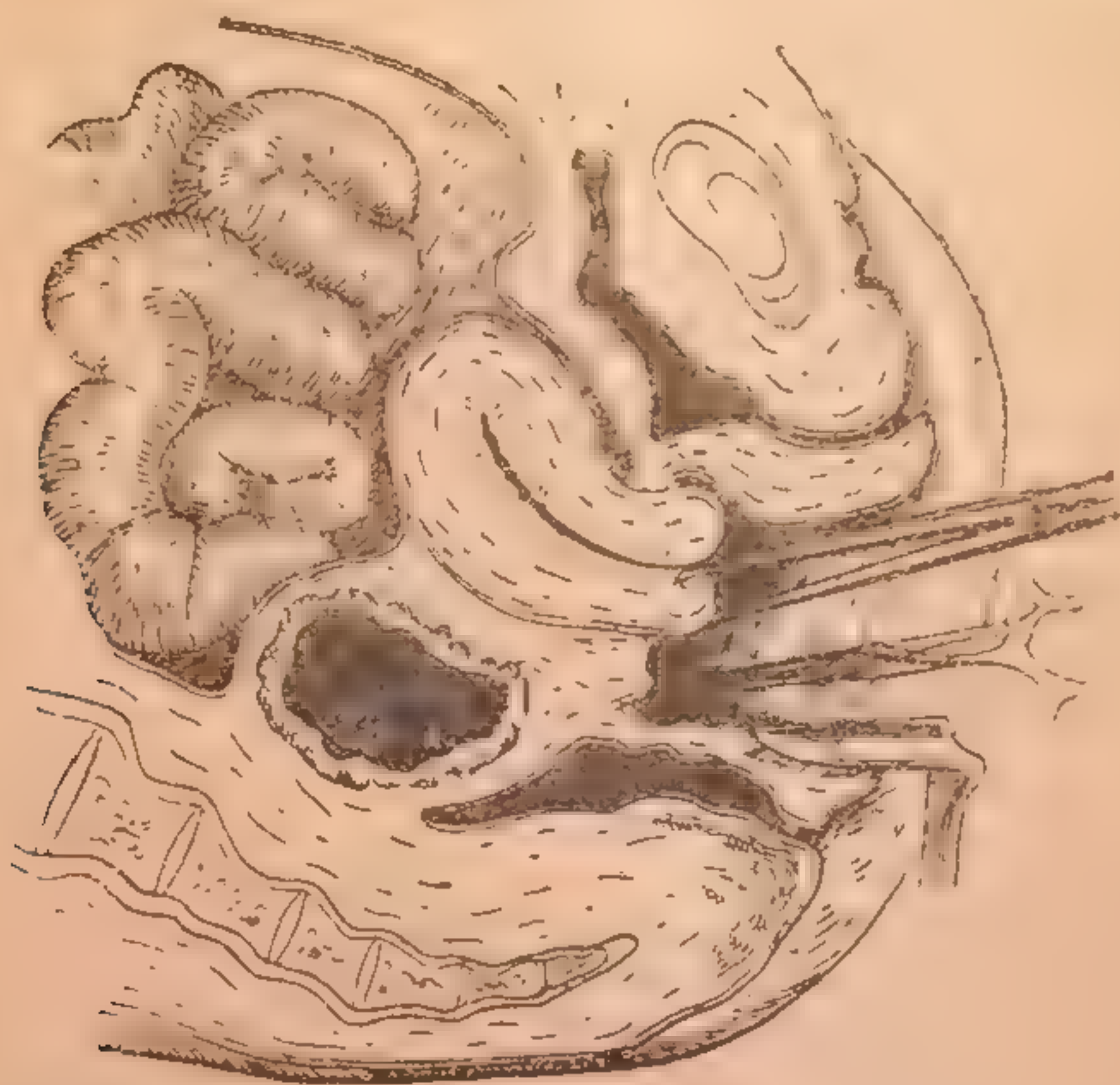


Рис. 39. Вскрытие абсцесса через разрез в
 заднем влагалищном своде. Шейка матки
 захвачена пулевыми щипцами за заднюю
 губу маточного зева и осторожно оттянута
 кпереди. Длинным пинцетом захвачена стен-
 ка заднего влагалищного свода у самой
 шейки, где и проводится поперечный разрез
 через стенку влагалища.

послеоперационного периода грануляции, а следовательно,
 и заживление полости происходит в наиболее выгодном
 направлении — сверху вниз.

В некоторых случаях, как уже упоминалось, гнойник
 пробивает себе путь в область ягодиц или промежности.
 Вскрытие таких абсцессов производят на тех местах, где
 обнаруживается покраснение и истончение кожи.

Гнойное скопление довольно часто пробивает себе
 путь и через влагалищные своды, что легко устанавливают
 двуручным исследованием, обнаруживающим их выпячи-
 вание и флюктуацию. В таких случаях производят коль-
 цевую, которая технически выполняется так же, как и

при абсцессах заматочного пространства (см. выше). Кольпотомии должна предшествовать пункция гнойной полости (рис. 39, 40 и 41).

При манипуляциях в забрюшинной клетчатке никогда не следует забывать о возможности ранения проходящих здесь крупных сосудов и мочеточников.

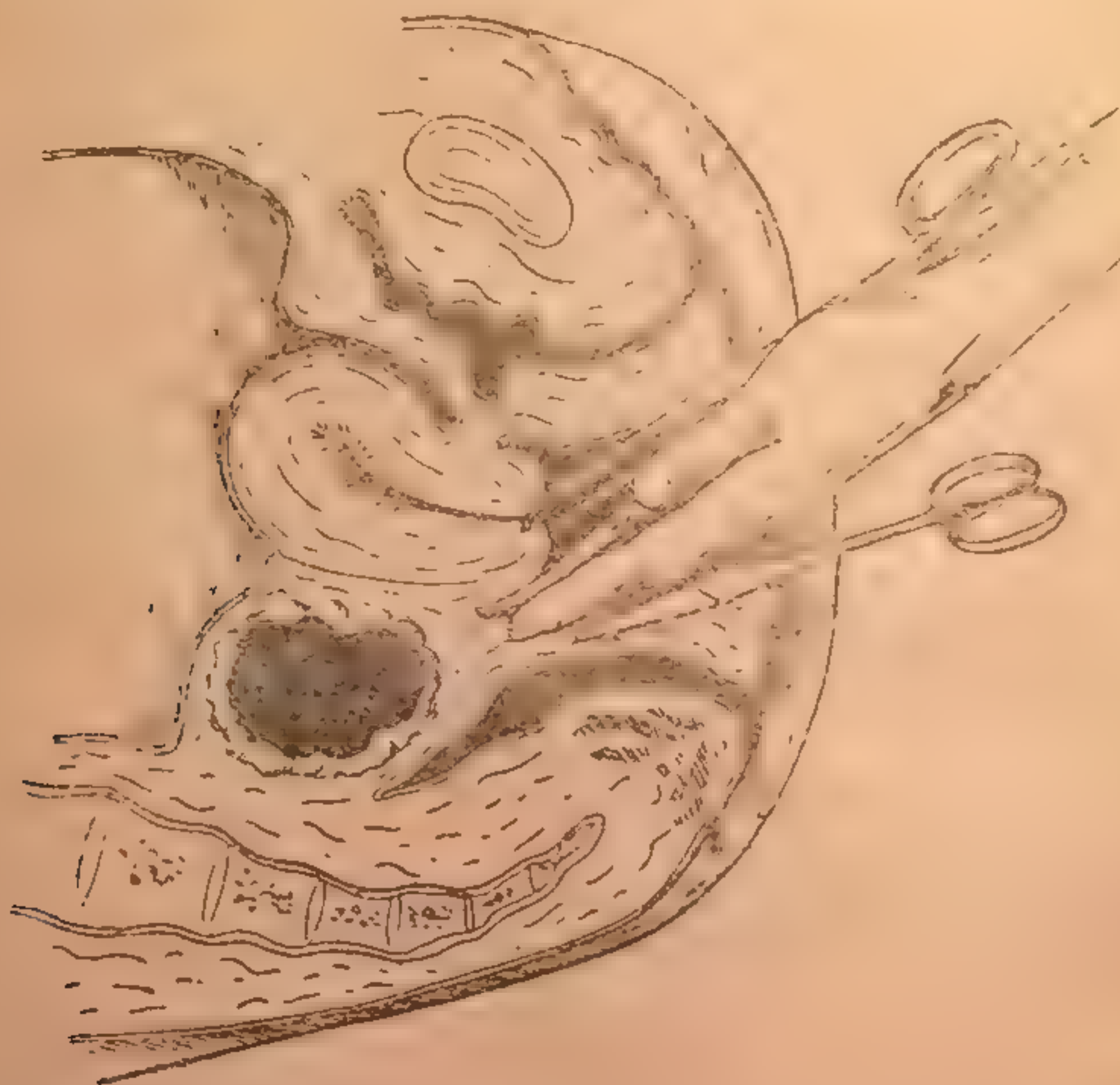


Рис. 40. Вскрытие абсцесса (при заднем параметрите). Под контролем введенного в рану пальца, обращенного ладонной поверхностью к шейке матки, производится расслоение инфильтрированной клетчатки тупым путем (например, закрытыми ножницами) по направлению к гнойнику.

В последнее время с большим успехом применяется лечение гнойников, доступных пункции, путем максимального извлечения гноя шприцем и последующего введения в гнойную полость 500 000—800 000 единиц пенициллина, разведенного в 10 мл физиологического раствора. Подобные манипуляции производятся нами ежедневно, до тех пор, пока удастся получить гной. Затем в течение еще 2—3 дней вводится раствор пенициллина и назначается рассасывающая терапия (лучше всего физиотерапия), — диатермия, ультрафиолетовое облучение, грязь, озокерит, парафин, горячие микроклизмы, производится переливание крови.

Само собой понятно, что этот метод требует сугубой осторожности и учета всех соответствующих противопоказаний к введению иглы в задний свод.

В послеоперационном периоде при гнойных скоплениях в малом тазу показана интенсивная внутримышечная

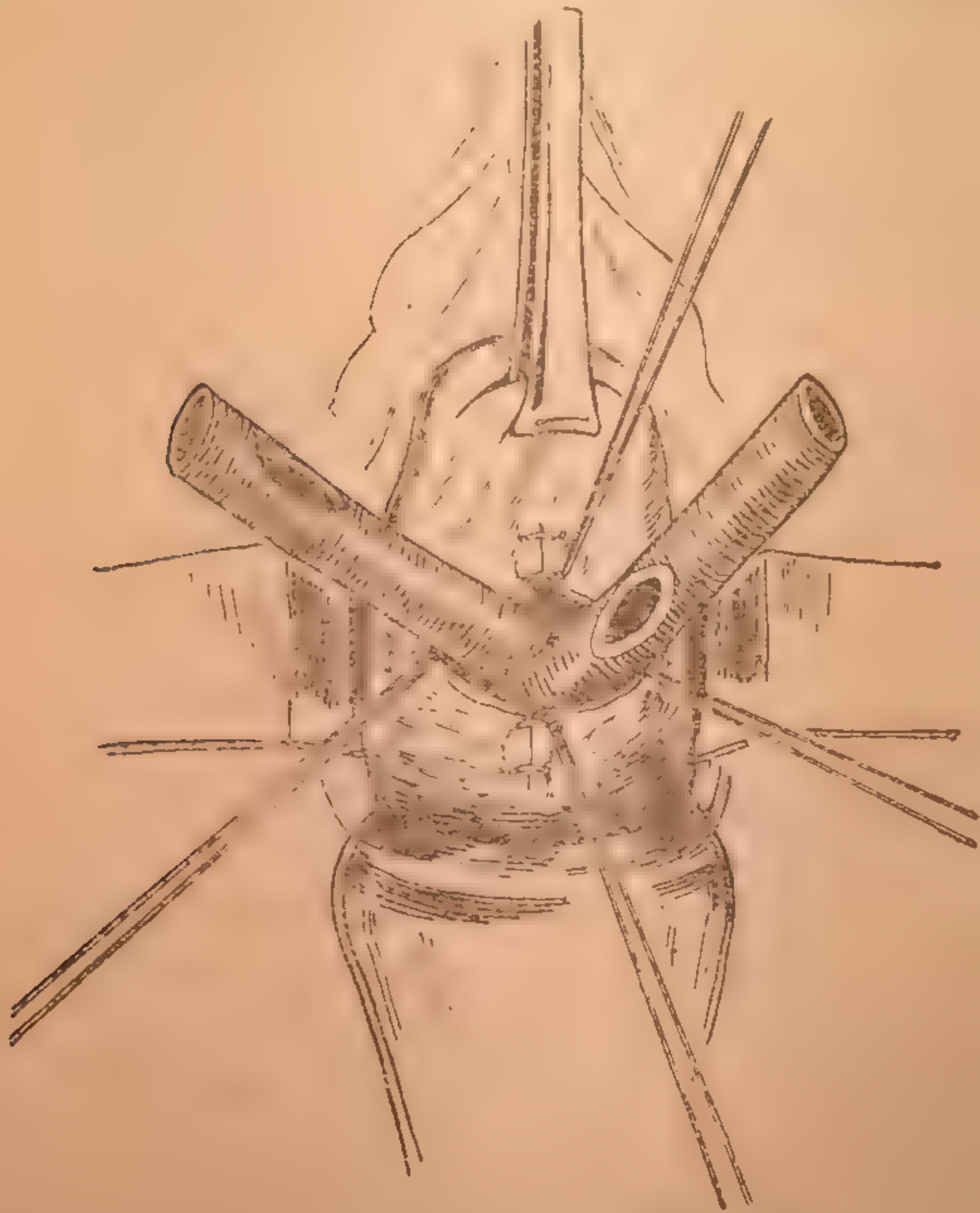


Рис. 41. Дренажирование полости тазового гнойника резиновыми трубками.

пенициллинотерапия в сочетании с сульфаниламидотерапией, а также повторные переливания крови в небольших дозах — 100—150 мл.

Б. Маточные кровотечения, требующие неотложной помощи

Из гинекологических кровотечений, не связанных с беременностью, неотложная помощь необходима при кровотечениях, возникших вследствие наличия полипов, фибромы и рака матки. Возможны значительные маточные кровотечения и на почве эндокринных расстройств.

Фибромиома матки. Полипы. Фиброзные полипы образуются при субмукозных фибромиомах матки, которые чаще, чем фиброматозные узлы других локализаций, являются причиной обильных, нередко профузных кровотечений во время менструаций (меноррагия). В дальнейшем, по мере своего увеличения, фиброматозный узел все более и более вдается в полость матки, выпячивая покрывающий его участок эндометрия и усиливая менструальные кровотечения. Под влиянием сокращений матки, вызываемых находящимся в ее полости узлом, последний постепенно изгоняется наружу. В довольно длительном процессе изгнания основание узла вытягивается и становится тоньше — формируется ножка узла, содержащая в себе питающие его сосуды. По мере рождения узла, вытягивания и истончения ножки питание его ухудшается. Начинается некротизации опухоли в первую очередь в нижнем ее полюсе и в связи с этим — кровотечение из нее. Так возникает ациклическое маточное кровотечение — метроррагия. Кровотечения из узла, нагнаиваясь на меноррагию, приводят довольно часто к мено-метроррагии.

При субмукозных фибромах матки больные нередко страдают малокровием вследствие обильных и длительных менструаций, систематически повторяющихся из месяца в месяц. Если на таком фоне начинаются и ациклические кровотечения, хотя бы и не очень обильные, возникает острое малокровие, требующее безотлагательного вмешательства.

Естественно, что чем крупнее фиброзный полип и чем больше поражена фиброматозными узлами мускулатура матки, тем обильнее будет маточное кровотечение, однако полного параллелизма в этом отношении не наблюдается. Нередко кровотечение бывает обильным даже при незначительных размерах рождающегося или уже родившегося узла. В таких случаях следует предположить наличие в полости матки и других субмукозных узлов.

Необходимость в неотложной помощи при фиброзных полипах обуславливается, с одной стороны, обильной кровопотерей, приводящей к острому обескровливанию больной, а с другой — опасностью инфекции, которая возникает, как только узел опустился в шейный канал или тем более во влагалище.

Оказание правильной неотложной помощи возможно при точно установленном диагнозе. Обычно распознавание

нетрудно, и диагноз ставят на основании типичного анамнеза и выраженности объективных признаков — увеличенная, плотная, бугристая матка, прощупывание плотного узла, исходящего из полости матки.

Однако в некоторых случаях могут возникнуть дифференциально-диагностические затруднения.

Фиброзный узел, исходящий широким основанием из шейечного канала, может дать повод к смещению его с экзофитным раком шейечного канала и саркомой шейки матки. Это чаще всего наблюдается при ихорозном распаде некротизирующегося узла.

Отличить распадающийся фиброзный узел от рака нетрудно: равномерно плотная консистенция, бледнорозовый или буро-красный цвет, незначительная кровоточивость на месте распада говорят за фиброзный узел. Консистенция ракового узла, наоборот, неравномерная: он более плотен по периферии, в центре он мягче и крошится. Отделяющийся при пальпации распад опухоли нередко является причиной обильного кровотечения.

Саркоматозный узел, в отличие от фибромы, имеет гроздевидную форму, мягкую консистенцию, на разрезе представляется мозговидным.

В некоторых случаях такие состояния, как рождающийся фиброматозный узел и «аборт в ходу», дают поразительно сходную клиническую картину. Так, схваткообразные боли в нижней части живота, сопровождающиеся маточным кровотечением, увеличенная шаровидная матка, раскрытый шейечный канал и наличие в нем округлого образования создают полную иллюзию «аборта в ходу». Но эти явления могут указывать и на рождающийся субмукозный фиброматозный узел при шаровидной миоме, когда матка равномерно увеличена и не всегда плотна.

Нам пришлось однажды быть свидетелем того, как высококвалифицированный клиницист допустил подобную ошибку. Он смог разобраться в ней лишь после безуспешной попытки извлечь захваченный абортдангом фиброзный узел, свисавший в шейечный канал на широком основании и ошибочно принятый им за плодное яйцо. Известны случаи, когда попытки извлечь фиброзный узел приводили к насильственному вывороту стенки матки (рис. 42).

Д и а г н о з не исчерпывается одним лишь определением фиброзного полипа. В каждом случае важно установить, откуда он исходит, т. е. соединен ли он посредством

ножки со стенкой матки или со стенкой шейного канала, и одновременно определить длину и ширину ножки (рис. 43, 44, 45 и 46). Для этого необходим тщательный осмотр, иногда зондирование и даже рентгенометрография полости матки.

Если больная уже значительно обескровлена, что нередко наблюдается при фиброзных полипах, а кровоте-

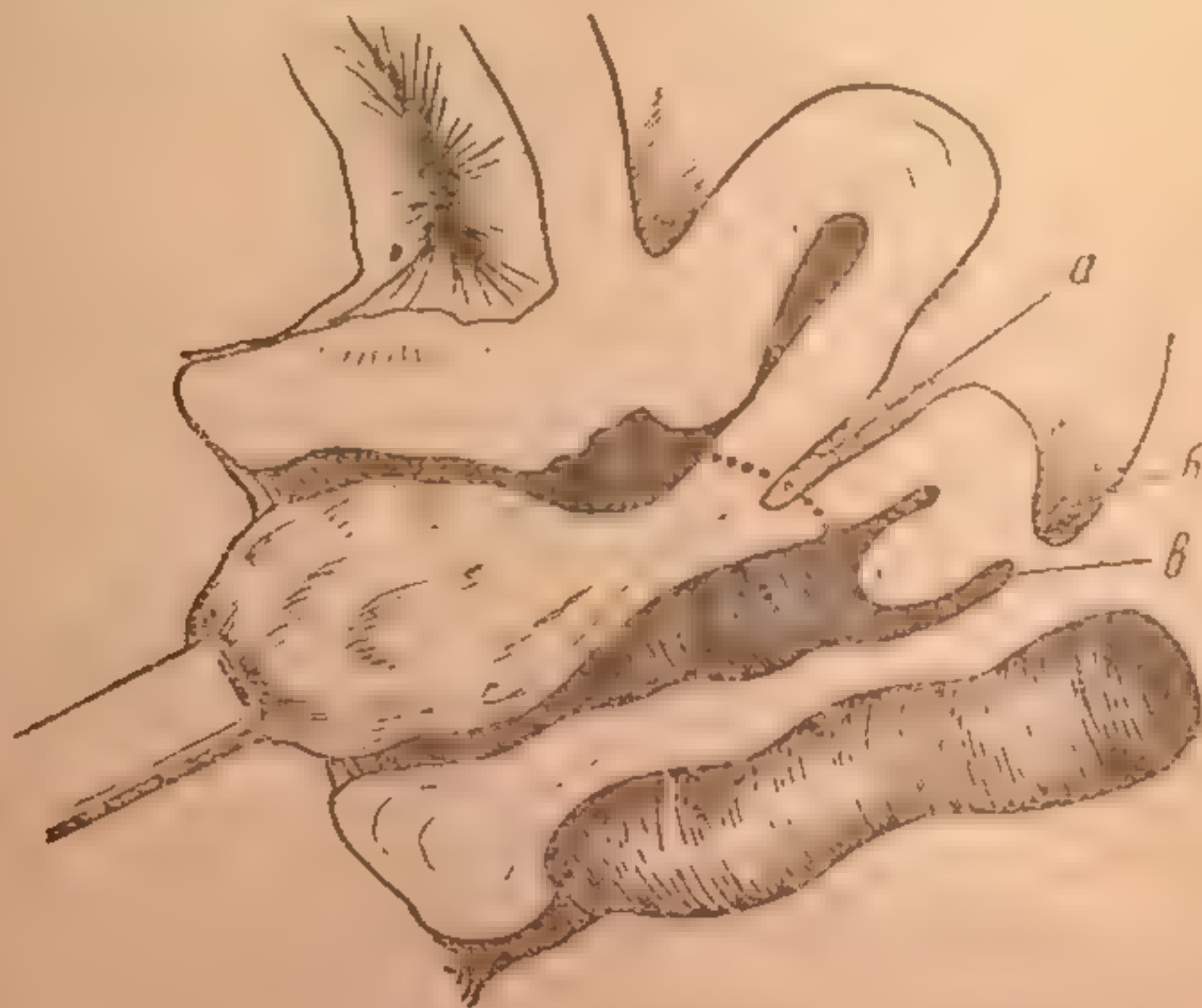


Рис. 42. Выворот стенки матки при вытягивании полипа.

а — выворот задней стенки матки; б — прямокишечно-маточный карман; в — задний влагалищный свод.

Пунктиром обозначено место возможного повреждения стенки матки при отсечении ножки полипа.

чение все еще продолжается, необходимо немедленно его остановить. Рассчитывать в таких случаях только на кровоостанавливающие средства нельзя — необходима оперативная помощь.

Паллиативным, но действенным вмешательством является легко выполняемая операция — перевязка и отсечение ножки полипа. Это возможно лишь в тех случаях, когда ножка тонка и легко доступна, т. е. фиброзный полип вышел из шейного канала или в крайнем случае находится в канале. На ножку полипа возможно выше накладывают зажим, после чего полип отсекают ниже захваченного участка (рис. 47). Если рассеченная ножка доступна для перевязки, накладывают туго затягиваемый кетгутовый узел выше зажима. Если бы такое обкалывание ножки полипа почему-нибудь не удалось, зажим не снимают и оставляют на сутки во влагалище.

При широкой ножке полипа и высоко расположенном основании такая операция опасна и трудно выполнима. Опасность заключается в том, что даже при энергичном затягивании лигатуры можно не закрыть полностью находящиеся в массивной ножке сосуды и они поэтому будут обильно кровоточить.

В процессе рождения полипа широкая его ножка тянет за собой стенку матки, из которой он исходит, что иногда бывает причиной частичного выворота матки. Если при таких условиях перерезать ножку полипа, то вместе с ней может быть отсечен и кусочек стенки матки, что приведет к тяжелым осложнениям, в первую очередь к сильному кровотечению. Возможно даже глубокое повреждение стенки матки с проникновением отсекающего фиброзный узел инструмента в брюшную полость.

Поэтому наличие широкой ножки должно служить противопоказанием к ее отсечению. На эту операцию может решиться лишь врач,

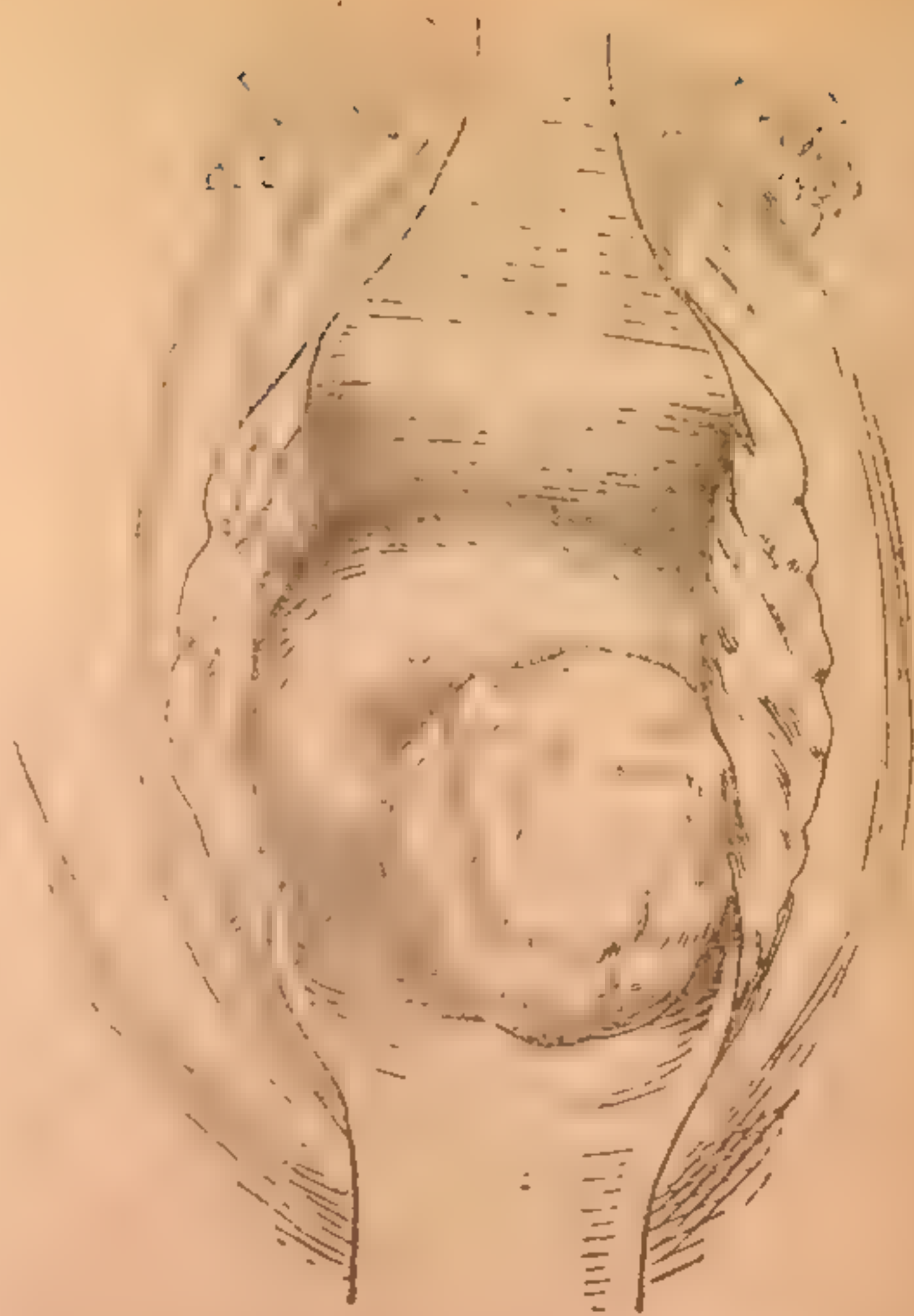


Рис. 43. Полип, закрывающий маточный зев.

Если при таких усло-



Рис. 44. Полип, исходящий из передней губы маточного зева.

отлично владеющий методикой гинекологических операций.

Иногда фиброзный полип имеет тонкую и длинную ножку и виден не только во время менструации, но и в



Рис. 45. Полип на тонкой ножке, исходящей из шеечного канала.

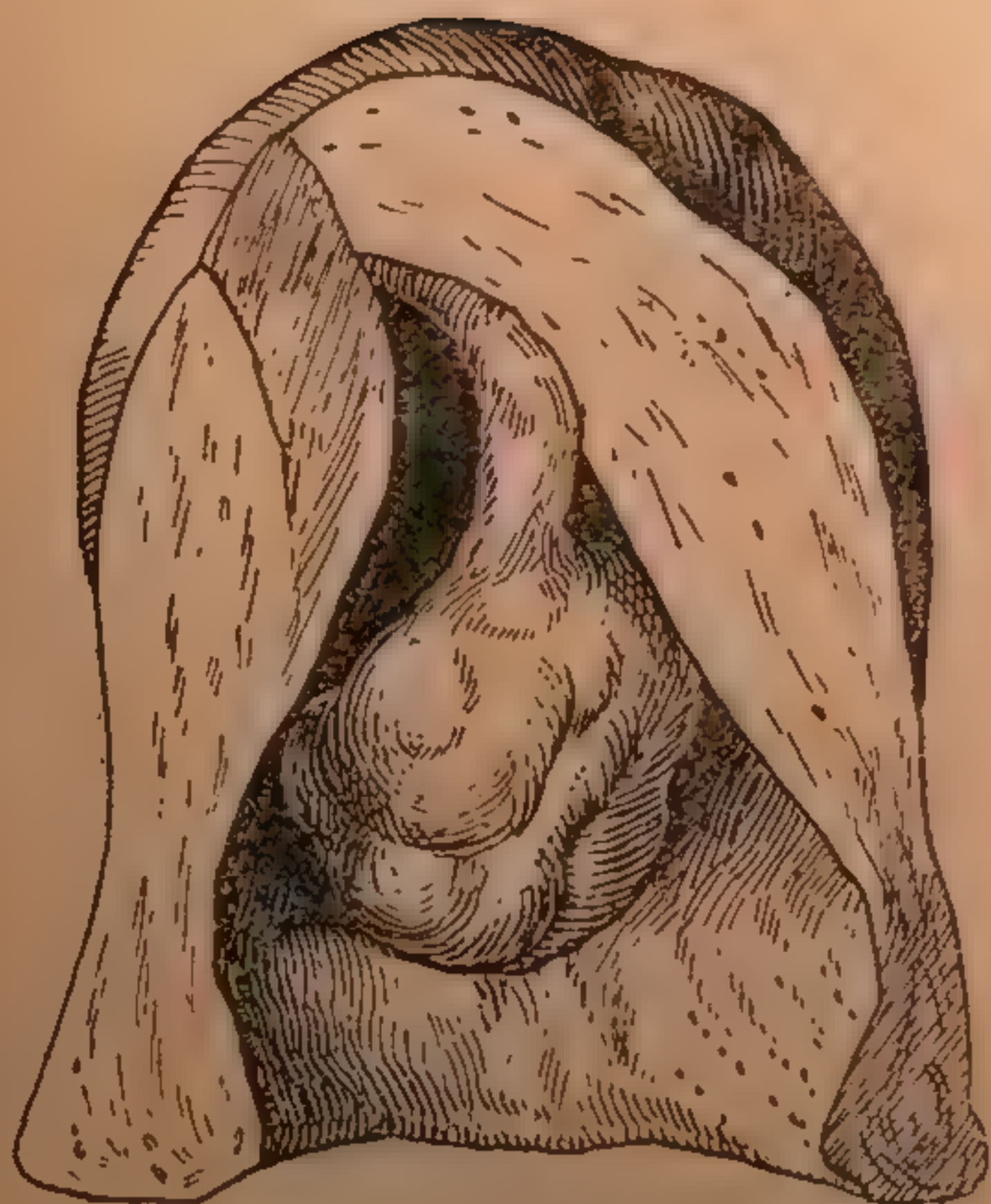


Рис. 46. Полип полости матки.

межменструальном периоде. Однако для перевязки ножка может оказаться недоступной вследствие высокого расположения ее основания. Если при этом может быть исключена инфекция, то при наличии сильного кровотечения допустимо медленное откручивание полипа, захваченного пулевыми щипцами или каким-нибудь другим инструментом. После откручивания ножки производят осторожно выскабливание полости матки тупой кюреткой.

При выскабливании иногда возникает опасность нарушения капсулы другого, рядом находящегося подслизистого фиброматозного узла, что может быть причиной его инфицирования и нагноения. Поэтому при выскабливании необходимо проявлять сугубую осторожность, особенно при манипулировании на выпуклых местах эндометрия,

которые при известном навыке без особого труда определяются во время выскабливания. Само собой разумеется, что все подобные вмешательства следует производить лишь в стационаре при самом строгом соблюдении правил асептики и антисептики.



Рис. 47. Отсечение полипа.

Перед откручиванием полипа должно быть приготовлено все необходимое для экстренного чревосечения, которое может понадобиться, если кровотечение усилится. Иногда можно избежать чревосечения, туго затампонировав влагалище длинным марлевым бинтом, оставляемым на 12—24 часа.

В последнее время мы все реже прибегаем к таким паллиативным операциям. В случаях рождающегося подслизистого фиброматозного узла, а тем более сопровождающегося сильным кровотечением, мы предпочитаем при отсутствии противопоказаний сразу произвести радикальную операцию — надвлагалищную ампутацию матки или полную ее экстирпацию.

Надвлагалищную ампутацию матки мы производим в тех случаях, когда шейка ее является совершенно безупречной, т. е. когда в ней нет фиброзных узлов, старых

разрывов, эктропионов, эрозий, множественных наботоновых яичек, деформаций, гипертрофических процессов и т. п. При наличии в шейке одного из перечисленных видов патологии мы предпочитаем полную экстирпацию матки. Последняя показана и при подозрении на злокачественное перерождение фиброматозного узла. В таких случаях одновременно с маткой удаляют и ее придатки.

При решении вопроса о том, следует ли сохранить придатки матки или они должны быть удалены вместе с маткой, необходимо учитывать не только пораженность их, но и возраст больной. У женщин в возрасте до 45 лет придатки должны оставаться, если для их удаления нет серьезных оснований. Удаление придатков обязательно при обнаружении в яичниках новообразовательного процесса. В таких случаях больной яичник удаляют даже у молодых женщин, сохраняя при доброкачественности процесса часть здоровой ткани яичника. При обнаружении злокачественного процесса в одном из яичников удаляют оба яичника вместе с маткой. Мелкокистозное перерождение яичников не является показанием к их удалению. Если же яичники значительно увеличены в объеме, может быть произведена частичная их резекция с оставлением ткани, соответствующей по объему нормальным размерам яичников.

Техника надвлагалищной ампутации матки

После послойного вскрытия брюшной полости срединным разрезом, проведенным между лоном и пупком, крепкими двузубцами захватывают и выводят наружу дно матки или наиболее выдающийся фиброзный узел. На левое ребро матки накладывают в качестве контраклеммы длинный, прямой и крепкий зажим с таким расчетом, чтобы им были зажаты маточный конец трубы, собственная яичниковая и круглая маточная связка (рис. 48). После этого разделяют клеммируют, перерезают и перевязывают каждое из перечисленных образований и продолжают ножницами разрез листков широкой связки: заднего — по направлению к задней поверхности матки на уровне внутреннего зева, и переднего — к пузырно-влагалищной складке. Последнюю приподнимают пинцетом и вскрывают ножницами.

Несколько оттянув матку вправо, обнаруживают маточную артерию с сопровождающими ее одноименными венами, которые при этом ясно выступают у ребра матки, в области внутреннего зева. Сосудистый пучок клеммируют двумя крепкими зажимами, из которых один, находящийся ближе к шейке матки, является контраклеммой, перерезают и тут же перевязывают крепкой кетгутовой ниткой (рис. 49). Все зажимы снимают сразу же после

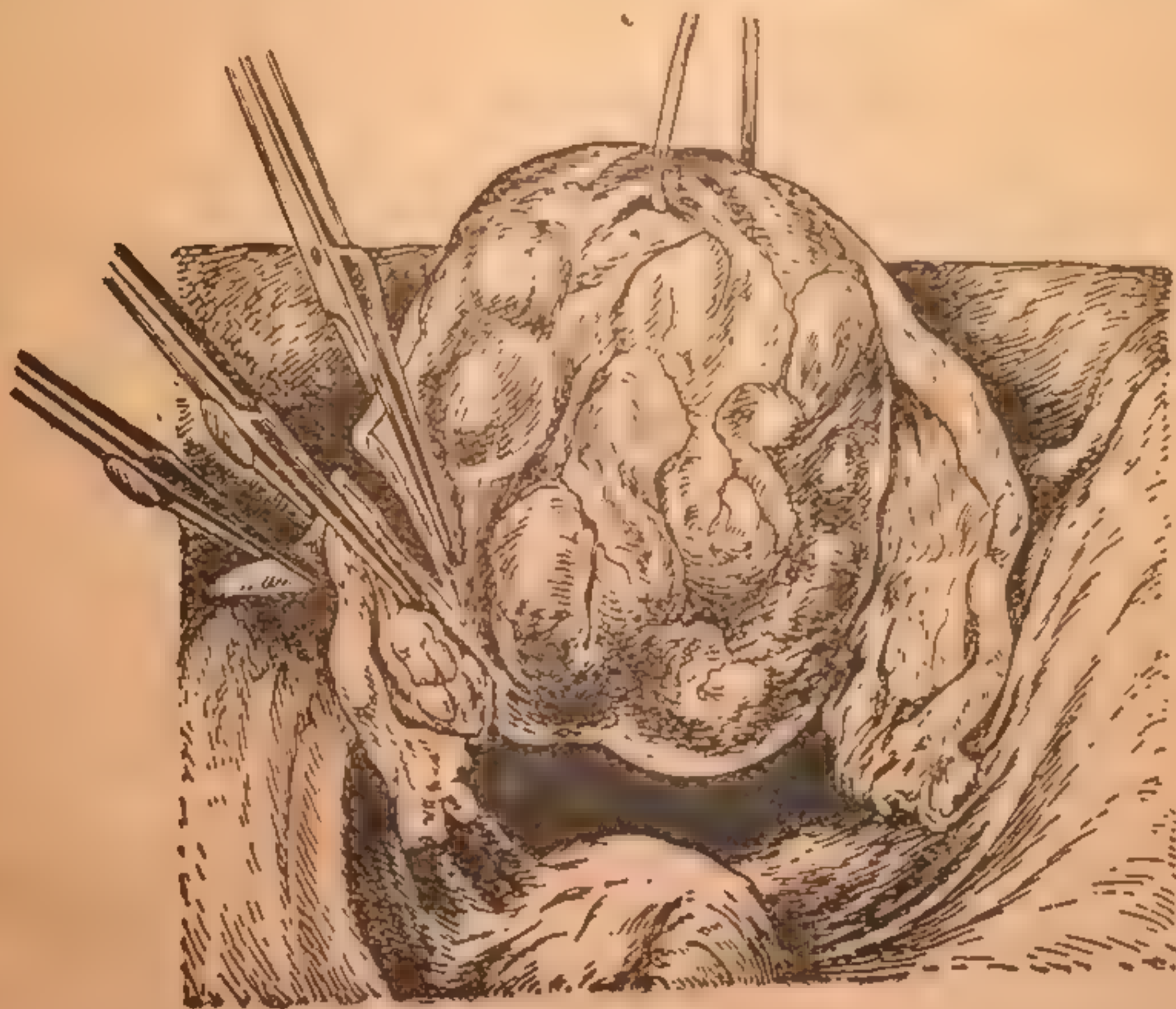


Рис. 48. Защемление и перерезка придатков матки.

перевязки клеммированных ими образований. То же самое и в том же порядке производят и с правой стороны.

Теперь тело матки, лишенное доступа крови из каждого источника его кровоснабжения, целиком освобождено от брюшины ниже уровня внутреннего зева. Марлевым шариком, туго зажатым в клемму, низводят мочевой пузырь, после чего тело матки отсекают ножом на уровне внутреннего зева.

В целях более совершенного и удобного закрытия культи выгодно клиновидно иссечь тело матки из шейки двумя сечениями. Образовавшуюся в культе шейки раневую поверхность и отверстие шеечного канала прижигают настойкой йода, а затем тремя-пятью узловыми швами притягивают друг к другу переднюю и заднюю губу куль-

ти (рис. 50). Для этого сперва накладывают кетгутовую лигатуру посередине культи. Потягиванием за лигатуру, наложенную на культю шейки матки, приближают ее к разрезу брюшной стенки, что облегчает дальнейшее манипулирование.

После этого по одной такой же лигатуре накладывают и на углы культи. При этом ассистент подтягивает в щель между обеими губами шейки матки культи маточных со-

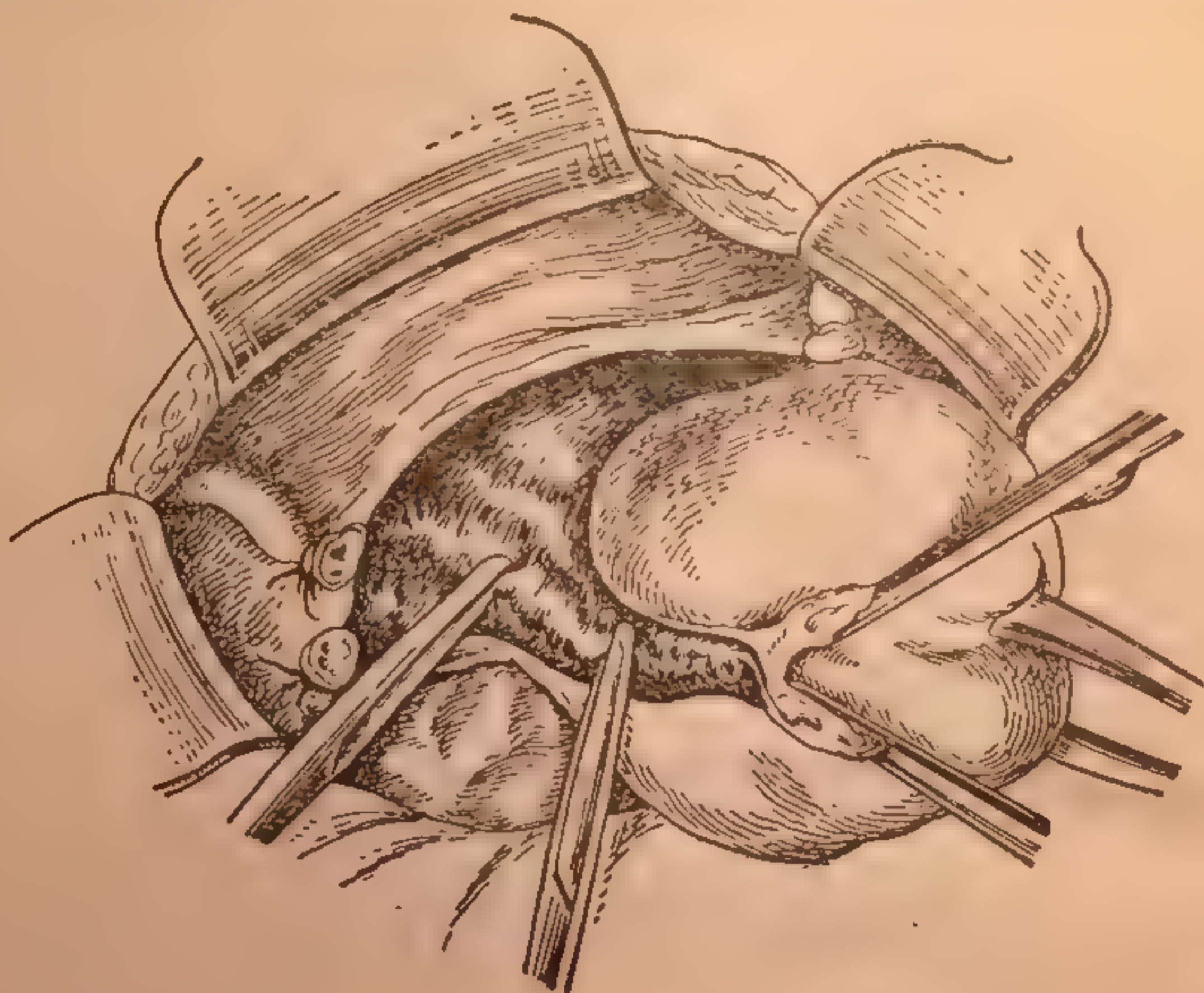


Рис. 49. Обнажение и защемление восходящей ветви левой маточной артерии.

судов, поочередно справа и слева, с таким расчетом, чтобы они оказались привязанными (а следовательно, и вторично перевязанными) к шейке матки, края каждой из губ которой теперь плотно прилегают друг к другу.

Перитонизацию производят, погружая культю между листками широкой связки и соединяя край пузырно-влагалищной складки с брюшиной, покрывающей заднюю поверхность шейки матки.

После вторичного осмотра брюшной полости, убедившись в отсутствии в ней кровотечения, инородных тел или каких-нибудь патологических состояний, требующих хирургического лечения, в нее засыпают 5—10 г белого стрептоцида или вливают раствор 300 000—500 000 единиц пенициллина. Брюшную рану зашивают послойно наглухо.

Техника полного удаления (экстирпации) матки

Техника полной экстирпации матки до момента низведения мочевого пузыря ничем не отличается от только что описанной. Мочевой пузырь при полной экстирпации матки низводят ниже, чем при надвлагалищной ампутации, с таким расчетом, чтобы отделить его не только от шейки матки, но и от верхней части влагалища. После этого зажимают, перевязывают и перерезают крестцово-маточные связки. Переднюю стенку влагалища захватывают в зажим и поперечно рассекают над ним вблизи перехода влагалищных сводов на шейку матки. Во влагалище через образовавшийся просвет вводят полоску марли, смоченную 5% иодной настойкой. После этого круговым рассечением влагалища от него отделяют матку (рис. 51).

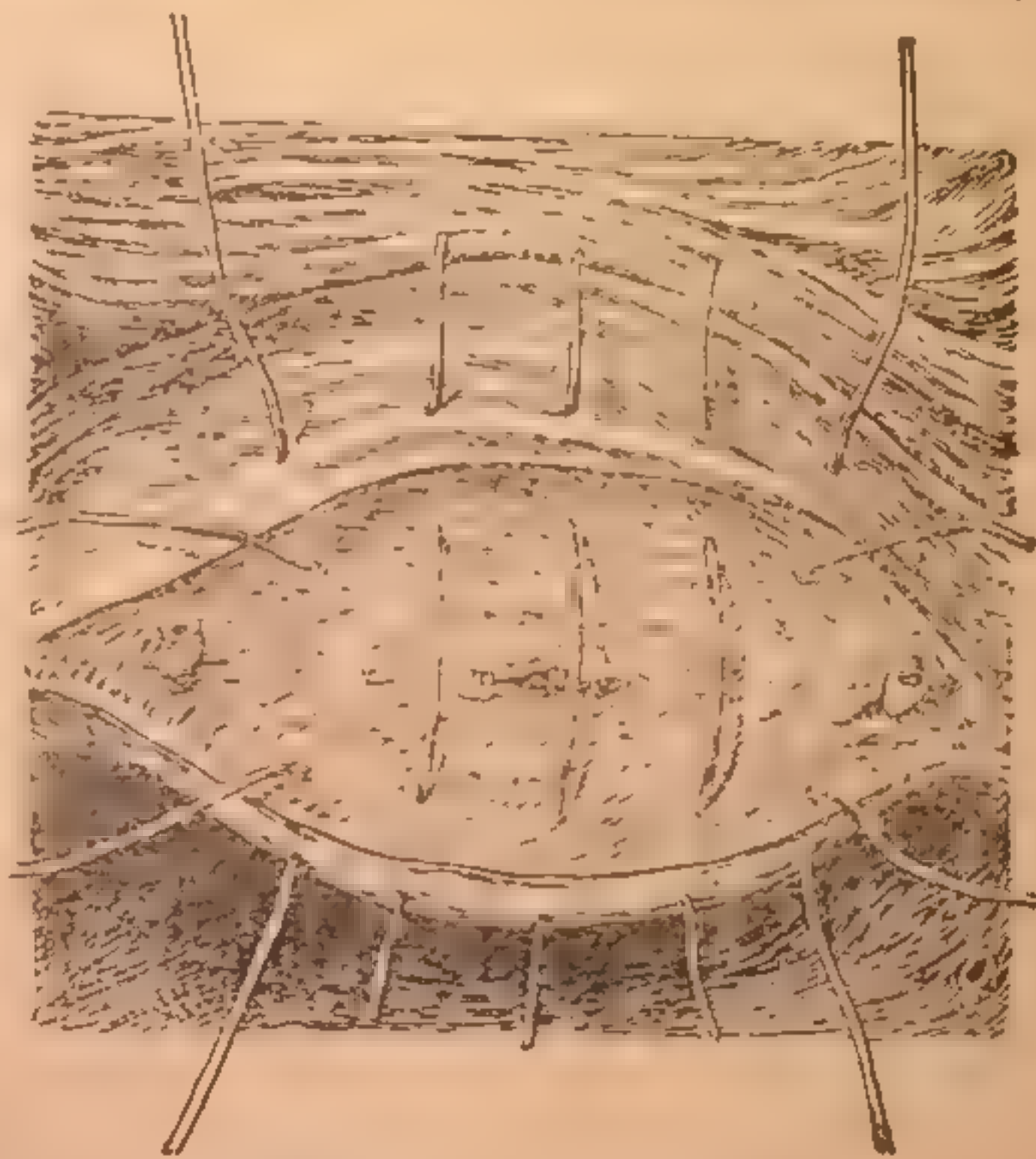


Рис. 50. Наложение швов на культю шейки матки.

Края влагалищной раны смазывают настойкой иода и наглухо зашивают несколькими кетгутовыми лигатурами. Перитонизацию производят за счет расщепленных по ходу операции листков широкой связки, а также за счет пузырно-маточной и прямокишечно-маточной складок, между которыми погружают все культы. В дальнейшем операцию производят так же, как и при надвлагалищной ампутации матки. Марлевую полоску удаляют из влагалища тотчас же по окончании операции.

Кровотечения на почве ракового поражения тела и шейки матки

Оказание неотложной помощи при этого рода кровотечениях было уже изложено в главе III.

Кровотечения на почве эндокринных расстройств имеют место в случаях так называемой геморрагической метропатии в результате патологических поражений фолликулярного аппарата яичников. Фоллику-

лы не достигают конечной стадии своего развития — образования желтого тела¹. Яичник при этом увеличен, в нем имеется несколько небольших кист. Характерные изменения претерпевает слизистая матки, в функциональном слое которой резко выражены пролиферативные процессы — гиперпролиферация. Полученный при выскабливании обильный соскоб полости матки внешне схож с

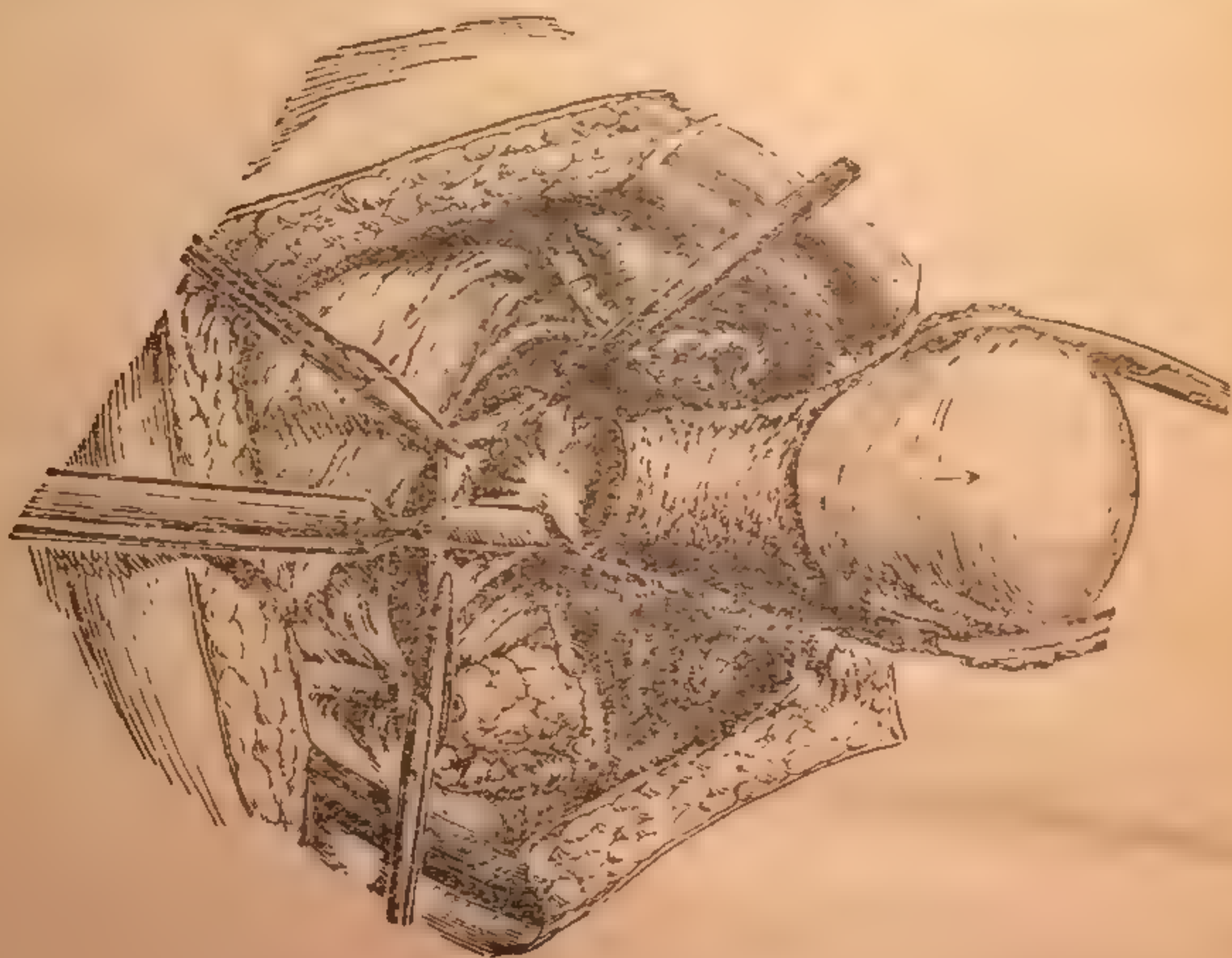


Рис. 51. Отсечение влагалища при полном удалении матки.

децидуальной оболочкой. При гистологическом исследовании отмечают гиперплазию желез разнообразной формы со склонностью в кистовидной дегенерации. Функциональный слой слизистой оболочки местами некротизирован, сосуды затромбированы. При влагалищном исследовании находят обычно увеличенную и сочную матку. Шеечный канал легко проходим.

Кровотечения обычно наступают после длительной «задержки» менструации. На самом деле истинная менструация под влиянием персистирования (переживания)

¹ В некоторых случаях мы наблюдали типичную клиническую картину геморрагической метропатии при наличии в яичнике желтого тела. Это позволяет нам высказать предположение, что одним из этиологических моментов геморрагической метропатии может служить дисфункция желтого тела.

фолликула, равно как под влиянием усиленной атрезии фолликулов, не наступает, а кровотечение появляется в результате омертвления чрезмерно гиперплазированной слизистой оболочки матки. Распознать причину этого вида кровотечения при типическом течении заболевания не составляет большого труда. Тщательно собранный анамнез направляет мысль врача в должную сторону. Для уточнения диагноза необходимо произвести диагностическое выскабливание полости матки с последующим тщательным гистологическим исследованием соскоба. Данные этого исследования позволяют поставить окончательный диагноз.

Диагностическое выскабливание является в то же время и лечебным мероприятием — кровотечение приостанавливается на более или менее длительное время, иногда на несколько месяцев. Одновременно назначают постельное содержание, переливание крови.

К случаям, когда приходится оказывать неотложную помощь, относятся также так называемые «ювенильные кровотечения», т. е. кровотечения, возникающие у девочек и у очень молодых женщин на почве дисфункции яичников. Установление этого диагноза требует надежного исключения других состояний, вызывающих маточное кровотечение. Возраст и ненарушенная девственная плева не являются достаточным основанием для исключения беременности. Необходимо исключить также полипы матки, опухоли матки и яичников, общие заболевания организма, заболевания крови, почек, печени, пороки сердца и др. По вполне понятным причинам исследование через влагалище в таких случаях довольно затруднено, поэтому прежде всего следует производить исследование через прямую кишку. Если этот метод не дает должных результатов, приходится прибегать к влагалищному исследованию. В подобных случаях необходимо передавать больную немедленно в руки специалиста-гинеколога. Такие больные подлежат ведению гинеколога и после того, как кровотечение приостановилось или значительно уменьшилось. Для остановки кровотечения применяют гормональную терапию по принципам, излагаемым ниже, дробные переливания донорской крови по 50—70 мл через 2—3 дня, внутривенное введение 500—600 мг витамина С или до 2 000 мг внутрь, викасол, стиптицин (Г. А. Бакшт). Иногда приходится прибегать к выскабливанию полости матки.

Принципы лечения больных геморрагической метроррагией и ювенильными кровотечениями гормональными препаратами¹

Имеется несколько вариантов лечения больных указанными формами эндокринных расстройств.

Вариант 1. Лечение начинают во время кровотечения, без предварительного выскабливания полости матки. Применяют прогестерон внутримышечно по 5 мг (1 ампулу) ежедневно в течение 6—8 дней или прегнин — под язык по 10 мг 3 раза в день в течение 6—8 дней.

Кровотечение к концу лечения может усиливаться и продолжаться по окончании курса лечения еще 5—10 дней, после чего оно обычно полностью прекращается. В других случаях кровотечение прекращается во время лечения, но в дальнейшем, по окончании его, вновь возобновляется и продолжается 5—7 дней (менструальноподобная реакция).

Повторный курс лечения прогестероном или прегнином при наличии угрозы рецидива метроррагии, что определяют как на основании клинических признаков, так и с помощью методов диагностики функционального состояния яичников, проводят через 15—20 дней по прекращении кровотечения, чтобы предотвратить рецидив метроррагии.

Если установить показания к своевременному повторению курса лечения невозможно, его назначают по истечении месяца после прекращения предыдущей метроррагии, если менструация к этому времени не наступила.

Вариант 2. Лечение начинают в стадии аменореи, не ранее 15—20 дней после прекращения предыдущей метроррагии. С этой целью применяют или прогестерон внутримышечно по 5 мг (1 ампулу ежедневно в течение 6—8 дней), или прегнин — под язык по 10 мг 3 раза в день в течение 6—8 дней.

В ближайшие 1—5 суток по прекращении лечения обычно наступает менструальноподобное кровотечение, продолжающееся 3—7 дней.

¹ Изложены в соответствии со специальной инструкцией, приложенной к приказу министра здравоохранения СССР за № 953 от 20 декабря 1949 г.

В случае г.
лечения прерыв
Повторные
проводят так ж
Вариант 3.
выскабливани
Лечение п
15—20 дней п
няя те же доз
Вариант 4
выскабливани
По прекр
скабливания
лечения эстр
день (фолли
курс лечени
зах, как в 1
При нал
можно пров
прегнином,
ном или пр
Лечение
молодого в
ки. Больны
данного ва
ских функ
вая фаза
или прегн
рическом
фолликул
Ранен
Ранен
связаны
этому с
ных при
с полов
зультат
огнестр
ловых
время
так осс

В случае появления кровянистых выделений во время лечения прерывать или сокращать его не следует.

Повторные курсы лечения при наличии показаний проводят так же, как указано в варианте 1.

Вариант 3. Лечение начинают после предварительного выскабливания полости матки.

Лечение прогестероном или прегнином начинают через 15—20 дней после выскабливания полости матки, применяя те же дозы, как в 1 и во 2 варианте.

Вариант 4. Лечение начинают после предварительного выскабливания полости матки.

По прекращении кровянистых выделений после выскабливания полости матки проводят 10—12-дневный курс лечения эстрогенными препаратами по 5 000—10 000 МЕ в день (фолликулин или синэстрол). После этого проводят курс лечения прогестероном или прегнином в тех же дозах, как в 1 и во 2 варианте.

При наличии показаний повторные курсы лечения можно проводить или только прогестероном, или только прегнином, или эстрогенными препаратами и прогестероном или прегнином.

Лечение по данному варианту показано больным более молодого возраста, в особенности при недоразвитии матки. Больным в климактерическом периоде применение данного варианта не рекомендуется. При климактерических функциональных кровотечениях (гиперфолликулиновая фаза климактерия) следует применять прогестерон или прегнин по 3-му варианту. В более позднем климактерическом периоде (гиперфолликулиновая фаза) лечение фолликулином и прегнином не показано.

Ранения и повреждения половых органов женщины

Ранения и повреждения половых органов чаще всего связаны с родовым актом и искусственным абортom и поэтому составляют предмет акушерства. Помимо указанных причин, травма половых органов может быть связана с половым актом, ушибом при падении или явиться результатом ранения колющими и режущими предметами и огнестрельными снарядами. Повреждения и ранения половых органов женщины наблюдаются как в мирное время в результате бытовой и производственной травмы, так особенно в военное время.

Повреждения половых органов, связанные с половым актом. Этого рода повреждениям подвергаются девственная плева, влагалище и промежность.

Повреждения девственной плевы возникают, почти как правило, при первом половом акте. Однако получающиеся при этом «физиологические надрывы» в обычных условиях бывают неглубокими и кровоточат лишь незначительно. В некоторых случаях разрыв оказывается глубоким, достигающим до основания девственной плевы. Если при этом вместе с девственной плевой разрывается и питающий ее кровеносный сосуд, наступает значительное кровотечение. Это осложнение сравнительно часто наступает у пожилых женщин с ригидной девственной плевой, поздно начавших половую жизнь. Но оно может наблюдаться и у молодых, например, при мясистой девственной плевой, при недоразвитии половых органов и по другим причинам. Иногда разрыв распространяется на стенку влагалища или даже на промежность (см. ниже).

Д и а г н о с т и к а несложна ввиду характерного анамнеза: совпадение начала кровотечения с первым, обычно болезненным, половым актом. Распознавание облегчается и доступностью девственной плевы для осмотра глазом. Наличие разрыва и его локализацию легко обнаружить, если кровоточащий участок очистить от крови, прижав к нему комок стерильной марли.

Л е ч е н и е заключается в наложении зажима на пульсирующий сосуд и его перевязке тонкой, но крепкой кетгутовой ниткой. Если пульсирующий сосуд не обнаружен, то на кровоточащий участок накладывают погружной крестовидный шов. При одновременном повреждении девственной плевы и влагалища или промежности соединяют края разрыва узловатыми кетгутовыми лигатурами.

Повреждения влагалища возникают обычно при совершении полового акта с малолетними или с пожилыми женщинами, у которых длительное время не было менструации и которые при этом не жили половой жизнью. Они могут наблюдаться и у зрелых в половом отношении женщин, живущих нормальной половой жизнью при совершении полового акта в нетрезвом состоянии и по другим причинам.

Влагалищные стенки чаще всего разрываются в верхней трети — в области заднего или боковых сводов. При глубоких разрывах боковых стенок влагалища обнажается

жировая клетчатка, отделяющая последние от стенок костного таза. Описаны и более тяжелые осложнения — проникновение разрыва в заматочное пространство, сопровождающиеся выпадением кишечных петель. Нам пришлось наблюдать больную, у которой во время полового акта с пьяным мужем произошел разрыв влагалища, проникший в мочевой пузырь. У нее был обнаружен раковый процесс, перешедший с шейки матки на передний влагалищный свод и дальше на мочевой пузырь.

Иногда разрывы влагалища протекают вначале бессимптомно; соответствующие признаки появляются позднее и бывают обычно связаны с инфицированием около влагалищной клетчатки. Но в большинстве случаев разрывов влагалища, наступивших в связи с половым актом, с самого же начала бывают выражены два симптома — боли и обильное кровотечение.

Диагноз ставят на основании анамнеза, данных пальпаторного исследования, при котором обнаружена неглубокая ямка на месте разрыва, а также на основании осмотра влагалища при помощи зеркал.

Лечение — хирургическое: перевязка кровоточащих сосудов и соединение кетгутовыми узловыми швами краев разорвавшейся стенки влагалища. В инфицированных случаях можно ограничиться только перевязкой кровоточащего сосуда или обкалыванием соответствующей области, без наложения швов на края раны. Влагалище, особенно раневую поверхность, засыпают белым стрептоцидом. В инфицированных случаях и при незначительном кровотечении можно ограничиться тампонадой влагалища марлевым бинтом, пропитанным сульфаниламидной или синтомициновой эмульсией.

При обкалывании кровоточащих сосудов следует помнить, что к передней стенке влагалища примыкает мочевой пузырь, а к задней — прямая кишка, поэтому глубокое обкалывание иглы опасно. При свежих разрывах, проникающих в соседние органы, рана должна быть зашита последовательно, т. е. сперва зашивают стенку поврежденных органов, а затем уже влагалище. При малейшем подозрении на повреждение кишечных петель показана лапаротомия.

Повреждения промежности, связанные с половым актом, обычно сопутствуют глубокому разрыву девственной плевы. Однако они могут возникнуть и при целости

последней. Нам приходилось наблюдать повреждения промежности I и даже II степени, возникшие во время полового акта. Они легко распознаются при осмотре. В неинфицированных случаях рану припудривают белым стрептоцидом и накладывают послойно мышечно-мышечный и кожный швы, в инфицированных — лечение ведут открытым способом.



Рис. 52. Гематома правой большой половой губы.

Повреждения половых органов от тупой травмы. Вне родового акта половые органы могут подвергнуться тупой травме при различных условиях. Последствиями такой травмы обычно являются гематома наружных половых органов и влагалища, разрыв пещеристых тел, клитора, повреждения костного таза.

Гематомы наружных половых органов (вульвы) и промежности возникают чаще всего от непосредственного воздействия на них тупым предметом, например, при ушибе. Но они могут возникнуть и косвенным путем, например, в результате ушиба или огнестрельного ранения костного таза.

В месте травмы появляется боль, иногда нестерпимая; мочеиспускание становится частым и болезненным. При распространении гематомы в окологлагищную или околовлагалищную клетчатку появляются тенезмы, затрудняется дефекация или мочеиспускание.

При исследовании бросается в глаза синевато-красная или синевато-черная флюктуирующая или плотноватая припухлость, большей частью односторонняя, расположенная в области половых губ, промежности или клитора (рис. 52). Половая щель становится изогнутой. Величина припухлости может быть различной — от крупной сливы до головки новорожденного. При распространении гематомы вверх по клетчатке начинают выступать на первый план явления острого малокровия, несмотря на отсутствие наружного кровотечения. При закрытой форме гематомы, т. е. при неповрежденных покровах, температура больной

обычно остается
повышена всле
при этом жат
Как только
ленно позабо
чатку, о сохр
жание ее инф
целях назнач
сильных бол
на область
Если гемат
малокровия
всего — с м
и обкалыва
дренируют
амидной эм
накладыва
чают пени
кровопотер
нагноения

При ге
зовых кос
в первую

Гем
стствует ге
продолж
наружны
вании в
ние его
матомат
давност
из его

Ле
при ге
Гем
опасн
ее пр
следн

Т
тора
дейс
трав
кост

обычно остается нормальной, при открытой же форме она повышена вследствие инфицирования гематомы. Больная при этом жалуется на общее недомогание.

Как только гематома распознана, необходимо немедленно позаботиться об остановке кровоизлияния в клетчатку, о сохранении целостности покровов гематомы во избежание ее инфицирования и об уменьшении болей. В этих целях назначают обычные обезболивающие средства (при сильных болях морфин или пантопон), давящую повязку на область гематомы, а поверх нее — пузырь со льдом. Если гематома увеличивается или нарастают явления малокровия, ее вскрывают широким разрезом, лучше всего — с медиальной стороны, удаляют кровяные сгустки и обкалывают кровоточащие сосуды. Полость гематомы дренируют марлевой полоской, пропитанной сульфаниламидной эмульсией или мазью Вишневского, после чего накладывают давящую повязку. Профилактически назначают пенициллин, сульфаниламиды. При значительной кровопотере производят переливание крови. В случае нагноения гематомы показано вскрытие гнойника.

При гематомах, связанных с закрытым переломом тазовых костей, все мероприятия должны быть направлены в первую очередь на лечение перелома.

Гематома влагалища большей частью сопутствует гематоме наружных половых органов и является ее продолжением. Гематома распознается как при осмотре наружных половых органов, так и при пальцевом исследовании влагалища. При этом обнаруживается резкое сужение его просвета, вызванное флюктуирующей (свежая гематома) или хрустящей (гематома суточной или большей давности) припухлостью на всем влагалище или на одной из его стенок.

Лечение проводится по тем же принципам, как и при гематомах наружных половых органов.

Гематомы широких маточных связок чрезвычайно опасны. Они обычно сопутствуют ранениям матки и ее придатков и поэтому будут описаны вместе с последними.

Травма клитора. Вне родового акта тупая травма клитора может явиться результатом непосредственного воздействия на него тупым предметом. Клитор может быть травмирован и косвенно в случае расхождения лобковых костей при переломах таза.

Повреждение клитора обычно сопровождается обильным кровотечением, что объясняется богатством этого органа сосудами. Если при этом покровы клитора остаются неповрежденными, образуется гематома, быстро распространяющаяся и на прочие наружные половые органы. Нередко кровоизлияние переходит на околослагалищную и околопузырную клетчатку и даже выше. В результате возникают обширные гематомы наружных половых органов, влагалища, широких маточных связок и других отделов клетчатки таза. Такие больные нуждаются в неотложной помощи вследствие сильной боли и быстро нарастающего малокровия, несмотря на отсутствие наружного кровотечения.

Образ действий врача и характер неотложной помощи такие же, как и при гематомах половых органов вообще, о чем уже говорилось выше. При ушибах клитора следует учитывать трудности обкалывания кровоточащих участков, так как каждый укол сам по себе может стать источником кровотечения. Поэтому, если попытки наложения кровоостанавливающих швов не дают должных результатов, не следует упорствовать в этом отношении. В таких случаях можно ограничиться длительным прижатием всего кровоточащего участка к лонной кости с помощью стерильного тампона. Там, где кровоточащие сосуды видны, целесообразно наложение зажимов с оставлением их на сутки и более. Одновременно на клитор накладывают давящую Т-образную повязку. Для таких больных очень ценной является гемостатическая губка Филатова, изготовляемая из фибрина крови Ленинградским Краснознаменным институтом переливания крови.

В целях профилактики инфекции назначают пенициллин, сульфаниламиды, глюкозу. Обязательно повторное переливание крови.

Повреждения костного таза. Переломы костного таза влекут за собой в большинстве случаев тяжелые повреждения половых органов: обширные гематомы в клетчатке таза, разрыв клитора, уретры, мочевого пузыря, влагалища, иногда с отрывом их от окружающих тканей. Нередко при этом повреждаются и внутренние органы. Поэтому даже при малейшем подозрении на одно из указанных состояний показано экстренное чревосечение. Целью его является остановка кровотечения и восстановление целостности поврежденных органов, а в соответствующих случаях —

вх. удаление. В
патр. б. в. с.
Если же подозре
рушение целостн
можно ограничит
случаях производ
раны — очистку
вание, перевязку
Одновременно
противогангрен
ческое лечение
ливание крови.
Ранения по
предметами и
ны женщины
предметами и
В громадном
ствуют повреж
быть и изолир
половых орга
вают ранены
но без повреж
нение выпав
с прилегающ
прямой кишк
При все
женщины п
общим при
начную и
переливани
сульфанил
Огнестр
(пуля, оск
галище че
ные поло
ранении
влагалищ
Запод
случаях,
осколка
белер и
При отс
галища

их удаление. В зависимости от тяжести травмы могут потребоваться сложные хирургические вмешательства. Если же подозрений на внутреннее кровотечение или нарушение целостности органов брюшной полости не возникает, можно ограничиться консервативным лечением. В таких случаях производят тщательную хирургическую обработку раны — очистку, присыпку белым стрептоцидом, дренирование, перевязку и т. п.

Одновременно больной вводят противостолбнячную и противогангренозную сыворотку и проводят профилактическое лечение пенициллином и сульфаниламидами, переливание крови.

Ранения половых органов колющими и режущими предметами и огнестрельными снарядами. Половые органы женщины могут быть ранены острыми, колющими предметами и оружием — режущим и огнестрельным. В громадном большинстве случаев такие ранения сопутствуют повреждениям живота, таза и бедер, но они могут быть и изолированными, например, при ранении наружных половых органов. Иногда внутренние половые органы бывают ранены вместе с мочевым пузырем и прямой кишкой, но без повреждения брюшины. Нам пришлось видеть ранение выпавшей из половой щели матки и влагалища, с прилегающими к ним участками мочевого пузыря и прямой кишки.

При всех огнестрельных ранениях половых органов женщины первичную обработку раны производят по общим принципам. Одновременно вводят противостолбнячную и противогангренозную сыворотку, производят переливание крови, назначают пенициллинотерапию и сульфаниламиды.

Огнестрельные ранения влагалища. Ранящие предметы (пуля, осколки снарядов и др.) могут проникнуть во влагалище через брюшную полость, мочевой пузырь, наружные половые органы, промежность и таз, особенно при ранении ягодиц. В таких случаях раневые отверстия во влагалище всегда бывают выходными.

Заподозрить ранение влагалища следует во всех тех случаях, когда при наличии входного отверстия пули или осколка в нижней части живота, в тазу или верхней трети бедер из влагалища появляются кровяные выделения. При отсутствии подобных входных отверстий ранение влагалища нередко остается нераспознанным. Окончательный

диагноз ставят после осмотра влагалища при помощи зеркал. При этом может быть обнаружен разрыв влагалищных стенок и сводов, ранение ветвей маточной артерии, а при особенно тяжелых ранениях—разрыв брюшины с выпадением во влагалище сальника или петли кишок. В этих случаях больная находится под угрозой смерти. Однако даже при сравнительно легких ранениях, при поражении одной лишь стенки влагалища и пристеночной клетчатки малого таза, состояние больной внушает серьезные опасения из-за инфекции, для развития которой имеются благоприятные условия.

Под нашим наблюдением находилось несколько молодых женщин, раненных в нижнюю часть живота, крестец, ягодицы, верхнюю треть бедер. Ни сами раненные, ни наблюдавшие за ними врачи не подозревали, что выходное раневое отверстие находится во влагалище. Это обнаружилось лишь несколько лет спустя, когда вследствие рубцового сморщивания влагалища оказались затруднительными или даже невозможными не только роды, но в одном случае и половая жизнь. Поэтому при ранениях в одной из перечисленных выше областей всегда необходимо внимательно обследовать также и влагалище.

Лечение заключается в первичной хирургической обработке раны и наложении гемостатических швов. При болях вводят морфин или пантопон. При нарушении целостности брюшины немедленно должно быть произведено чревосечение. В таких случаях ранения носят обычно сквозной характер и выходное отверстие во влагалище может быть использовано для проведения дренажа. Одновременно назначают пенициллин и сульфаниламиды, переливание крови.

Ранения матки и ее придатков, за редкими исключениями, комбинируются с ранениями других органов брюшной полости. Они обычно обнаруживаются во время чревосечений по поводу проникающего в брюшную полость ранения. Ранение матки можно заподозрить при появлении наружного кровотечения из половых органов, начавшегося вслед за ранением в живот, если исключена менструация. Особенно легко повреждается матка во время беременности, когда она выходит за пределы малого таза. При обнаруженных повреждениях матки ее удаляют. Если ранена женщина в детородном возрасте и можно надежно исключить инфекцию, показаны консервативные

методы оперативной
фундация матк
При ранен
ранении яичн
врежденный
полностью
возрасте обо
небольшую
Гематома
тазовых орга
боковых отд
поврежденн
кой связки.
связках обр
щих в брю
Образу
ные опухо
располага
в связи с
образова
ниях гема
го дна, с
и кперед
Осно
нения я
часто с
внутрен
нараста
та». Д
вится
Л
имеет
ние
ства
пере
тера
ки
зи
вод
в ж
рез
вл

методы оперативного лечения — зашивание раны или де-фундация матки.

При ранении маточной трубы ее удаляют. При ранении яичника в детородном возрасте резецируют поврежденный участок, в возрасте же за 45 лет яичник полностью удаляют. В случае разрушения в молодом возрасте обоих яичников необходимо сохранить хотя бы небольшую часть здоровой яичниковой ткани.

Гематома широких связок наблюдается при ранении тазовых органов. В частности, она возникает при ранении боковых отделов матки, яичников и труб, если кровь из поврежденных сосудов изливается между листками широкой связки. Нам известны два случая, когда в широких связках образовалась большая гематома при непроникающих в брюшную полость ранениях таза.

Образующиеся при таких ранениях брюшинные кровяные опухоли прилегают к боковому отделу матки и обычно располагаются несколько спереди и сзади от нее. Матка в связи с этим смещается в сторону, противоположную образовавшейся гематоме. При обширных кровоизлияниях гематома может распространиться вниз — до тазового дна, сбоку — до стенки таза, вверх — до области почек и кпереди — до пупка.

Основными признаками этого крайне тяжелого осложнения являются сильные боли в нижней половине живота, часто схваткообразного характера, а также симптомы внутреннего кровотечения, шок. При прогрессирующем нарастании гематомы выступают явления «острого живота». Диагноз на основании приведенных признаков ставится без особых затруднений.

Лечение оперативное. Экстренное чревосечение имеет целью перевязку кровоточащих сосудов, опорожнение гематомы и дренирование межсвязочного пространства через задний влагалищный свод. Обязательны переливания крови, пенициллино- и сульфаниламидотерапия.

Ожоги наружных половых органов, влагалища и шейки возникают в подавляющем большинстве случаев в связи с влагалищными спринцеваниями слишком горячей водой или с передозированием обеззараживающих средств в жидкости для спринцевания. Ожоги являются иногда результатом смазывания наружных половых органов и влагалища иодом, например, перед производством влага-

листных операций. Но они могут возникнуть и при других обстоятельствах.

Может произойти и ожог наружных половых органов и промежности, прилегающих к ним внутренних поверхностей бедер, а также нижней трети влагалища, которое у рожавших женщин приоткрыто, а нижний отдел его несколько выпячен наружу.

Во всех наблюдавшихся нами случаях ожога наружных половых органов и влагалища, происшедших не от медицинских и гигиенических манипуляций, он имел место у поварих, обжигавшихся супом или кипятком во время приготовления или раздачи пищи.

Важно подчеркнуть, что вследствие нежности кожных покровов наружных половых органов и слизистых оболочек преддверия влагалища, равно как и самого влагалища, даже кратковременное воздействие на них высокой температуры может обусловить ожог II, а иногда и III степени. Такие ожоги в дальнейшем, при заживлении, могут настолько деформировать половые пути, что родовой акт затрудняется или даже становится невозможным. Поэтому первая помощь женщине с обожженными половыми органами должна быть действенной и срочной.

Л е ч е н и е — обильное смачивание пораженных участков крепким раствором марганцовокислого калия, постельное содержание, наркотики, сердечные, переливание крови. В целях профилактики инфекции назначают пенициллин и сульфаниламиды. Обязательно введение противостолбнячной сыворотки. В дальнейшем кладут повязки с мазью Вишневского.

ЛИТЕРАТУРА

- Атабеков Д. Н., Гнойные очаги в малом тазу у женщин, Изд. ЦИУ, М., 1953.
Аловский А. Д., Клиника внематочной беременности, Л., Медгиз, 1945.
Брауде И. Л., Оперативная гинекология, Медгиз, 1952.
Жордания И. Ф. Половые органы женщины. Травматические их повреждения, Энцикл. словарь военной медицины, т. 4, стр. 153—163, Медгиз, 1948.
Окинчиц Л. Л., Оперативная гинекология, Л., Биомедгиз, 1938.
Яковлев И. И., Неотложная помощь при акушерской патологии, Медгиз, 1953.
-
-

Медгиз, 1952.

THE GRANT MEMORIAL
TRUNK COMPANY

1111